

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação à Pessoa com Afasia

Intervention by Nurses Specialising in Rehabilitation Nursing for  
People with Aphasia

**Autor**

**Diana Filipa da Silva Almeida**

**Oliveira de Azeméis, 2025**



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

**Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com  
Afasia

Intervention by Nurses Specialising in  
Rehabilitation Nursing for People with Aphasia

**Orientador(es)**

Paulo Manuel Dias da Silva Azevedo

**Autor**

Diana Filipa da Silva Almeida

**Oliveira de Azeméis, 2025**



## **FRASE OU PENSAMENTO**

“ Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)



## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente quero agradecer ao Senhor Professor Doutor Paulo Azevedo, pela orientação e disponibilidade constantes. A sua vasta experiência e paciência foram cruciais para o meu crescimento académico e para o sucesso deste relatório.

Aos Enfermeiros Tutores pelo acompanhamento realizado durante as horas de contacto, pela sua disponibilidade, entrega e generosidade. Agradeço pela partilha de conhecimentos, pela confiança e pela dedicação com que me ajudaram a aplicar na prática os conceitos aprendidos, contribuindo de forma decisiva para a minha formação. Foi uma honra contar com a vossa orientação e apoio ao longo deste percurso.

À minha família, pais e irmão, cujo amor, apoio e compreensão foram a base sólida que me sustentou ao longo desta jornada. A vossa paciência, incentivo constante e confiança em mim foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Agradeço sinceramente por se encontrarem sempre ao meu lado, a acreditar em mim, e por me proporcionarem o equilíbrio e a força necessários para superar todos os desafios. Sou imensamente grata por tudo o que fizeram por mim e por serem a minha maior fonte de inspiração.

Ao meu namorado, Filipe, quero expressar a minha profunda gratidão, cujo apoio incondicional, paciência e compreensão foram fundamentais ao longo deste percurso desafiador. O seu incentivo e motivação foram essenciais nos momentos difíceis, para que desistir nunca fosse opção.

Aos meus amigos que são família, estrutura e suporte. Quero deixar o meu sincero agradecimento pelo apoio incondicional e pelas palavras de encorajamento ao longo de todo este caminho.

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão à minha chefe, Enf<sup>a</sup> Neusa, pelo apoio e ajuda inestimáveis, assim como à minha equipa, cuja colaboração constante me demonstra, dia após dia, que tudo é possível, inclusive o que, em certos momentos, pode parecer inatingível. Não poderia desejar uma melhor equipa para me acompanhar.

Um último agradecimento a todas as pessoas com que me cruzei neste percurso e tive a oportunidade de cuidar, tornando possível a aprendizagem.



## RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é o profissional que possui um conjunto de conhecimentos e competências clínicas avançadas, cuja intervenção visa aprimorar a funcionalidade, promover a independência e aumentar a satisfação da pessoa.

A pessoa com afasia após AVC enfrenta dificuldades significativas na comunicação, podendo afetar tanto a expressão quanto a compreensão da linguagem. A afasia pode ter um impacto profundo na qualidade de vida, afetando a interação social e emocional, não obstante, representa um desafio para a reabilitação.

A elaboração deste relatório final de estágio encontra-se inserida na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, prevista no plano de estudos do 2º ano – 3º semestre do 2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, com o objetivo de alcançar o grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Desta forma, é apresentado o percurso de desenvolvimento de competências clínicas especializadas tendo como intuito demonstrar o percurso de desenvolvimento de competências específicas na área de Enfermagem de Reabilitação à luz do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º 392/2019, bem como explicar o desenvolvimento de competências específicas especializadas para a decisão clínica em Enfermagem de Reabilitação, no domínio da afasia, um défice neurológico resultante do AVC.

O presente relatório de estágio tem um caráter descritivo e reflexivo.

Para corroborar o desenvolvimento das competências clínicas especializadas, são apresentados dois estudos de caso onde se encontram aprofundadas a decisão e intervenção clínica especializada, em pessoas com afasia pós AVC, com a finalidade de otimizar a funcionalidade a nível cognitivo, reinserção na sociedade e promoção de autonomia e qualidade de vida.

Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, habilitando para o cuidar e capacitação das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, otimizando a sua funcionalidade, capacidade para o autocuidado, promovendo desta forma a integração e qualidade de vida.

**Palavras-Chave:** Enfermagem de reabilitação; Enfermeiro especialista; AVC; Afasia



## **ABSTRACT**

The Rehabilitation Nurse Specialist is a professional with a set of advanced clinical skills and competences, whose intervention aims to improve functionality, promote independence and increase the person's satisfaction.

The person with aphasia after a stroke faces significant difficulties in communication, which can affect both the expression and comprehension of language. Aphasia can have a profound impact on quality of life, affecting social and emotional interaction, yet it represents a challenge for rehabilitation.

This final internship report is part of the Professional Internship with Final Report course, which is part of the study plan for the 2nd year - 3rd semester of the 2nd Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, with the aim of achieving a Master's Degree in Rehabilitation Nursing. In this way, the path of development of specialised clinical competences is presented with the aim of demonstrating the path of development of specific competences in the area of Rehabilitation Nursing in the light of the Regulation of Specific Competences of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing no. 392/2019, as well as explaining the development of specific specialised competences for clinical decision-making in Rehabilitation Nursing, in the field of aphasia, a neurological deficit resulting from a stroke.

This internship report is descriptive and reflective in nature.

In order to corroborate the development of specialised clinical skills, two case studies are presented in which the decision and specialised clinical intervention in people with post-stroke aphasia are explored in depth, with the aim of optimising cognitive functionality, reintegration into society and promoting autonomy and quality of life.

This course enabled the development of specific competences inherent to the Rehabilitation Nursing Specialist, enabling them to care for and empower people with special needs throughout the life cycle, in all contexts of care practice, optimising their functionality and capacity for self-care, thus promoting integration and quality of life.

**Key words:** Rehabilitation nursing; Specialised nurse; Stroke; Aphasia



## **CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de vida diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DCV - Doenças Cardiovasculares

DM - Diabetes Mellitus

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

INE - Instituto Nacional de Estatística

GUSS - Gugging Swallowing Screen

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RFR - Reeducação funcional respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR - Reabilitação respiratória

SNG - Sonda nasogástrica

SU - Serviço de urgência

TACI - Enfarte total da circulação anterior

U-AVC - Unidade de AVC

UC - Unidade Curricular

ULS - Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization



## ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO .....	3
AGRADECIMENTO .....	5
RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	19
3. INTERVENÇÃO À PESSOA COM AFASIA TRANSCORTICAL MOTORA: UM ESTUDO DE CASO ...	27
3.1. Enquadramento teórico .....	27
3.2. Clientes .....	32
3.3. Medicação .....	33
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	33
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	33
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	34
3.5. Domínios .....	34
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	35
3.6. Conceção de Cuidados .....	42
3.7. Especificação das intervenções .....	67
3.8. Síntese relativa ao caso .....	77
4. INTERVENÇÃO À PESSOA COM AFASIA GLOBAL: UM ESTUDO DE CASO .....	81
4.1. Enquadramento teórico .....	81
4.2. Clientes .....	86
4.3. Medicação .....	87
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	87
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	87
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	88
4.5. Domínios .....	88
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	89
4.6. Conceção de Cuidados .....	95
4.7. Especificação das intervenções .....	120
4.8. Síntese relativa ao caso .....	129
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	131
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	143
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	145

---

ANEXOS ..... 157

## **ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

Tabela 1 - Classificação das síndromes afásicas adaptado de Martins (2013)



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Reabilitação, entendida como um processo abrangente e dinâmico para a recuperação física e psicológica de pessoas portadoras de deficiência, com o objetivo da reintegração social, teve um avanço significativo no século XX, especialmente após as grandes catástrofes mundiais. O acesso à Reabilitação é um direito humano essencial, reconhecido pela Carta das Nações Unidas e pela resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2005. Este direito representa uma importante conquista civilizacional que deve ser mantida e aprimorada.

Ao longo dos tempos, a reabilitação foi considerada o terceiro pilar da abordagem em saúde, após a prevenção e o tratamento. Atualmente, com o objetivo de melhorar o potencial de saúde da pessoa, essa perspectiva evoluiu para a integração desses três componentes. A finalidade consiste em maximizar os benefícios das intervenções em reabilitação, tanto a nível físico, quanto cognitivo e motivacional, promovendo a independência funcional. Tem em vista a atuação precoce, com início ainda durante a fase aguda da doença, bem como a integração de cuidados de reabilitação em unidades de cuidados intensivos, enfermarias de agudos, cuidados ambulatoriais e domiciliários e nos cuidados continuados e paliativos.

Este relatório intitulado “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Afasia”, foi desenvolvido no decorrer da Unidade Curricular (UC) denominada Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do 2º ano do II Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis (ESSNorteCVP), no ano letivo 2024/2025.

A realização deste relatório tem como intuito avaliar as competências adquiridas durante os estágios, relacionando-as com as competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A afasia constitui uma alteração cognitiva que afeta a maioria das vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), definindo-se como uma perturbação da linguagem. Face à dificuldade em falar, compreender ou até de ambas, a pessoa vivencia dificuldades na comunicação e na interação social, o que pode comprometer a sua participação no programa de reabilitação, sendo um desafio para os EEER (Papathanasiou et al., 2017). Assim, o EEER deve maximizar as competências, permitindo à pessoa identificar-se com as condições de transição, quer sejam condições facilitadoras, quer sejam inibidoras, de forma a adequar os planos de cuidados. A avaliação do potencial cognitivo da pessoa deve constar do programa de reabilitação (Marques-Vieira & Santos, 2017).

O primeiro passo para uma intervenção eficaz consiste na avaliação da pessoa com afasia. O objetivo da intervenção passa por capacitar para adquirir a máxima funcionalidade, delineando estratégias individualizadas junto com a pessoa, família e outros profissionais de saúde.

A preferência da temática partiu da necessidade em alcançar conhecimentos sobre estratégias comunicativas perante a pessoa com afasia, constituindo uma área de interesse, pela prática clínica diária vivenciada. À vista disso, foram elaborados dois estudos de caso de pessoas detentoras de afasia, explanando todo o processo de cuidados especializados.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco partes distintas: na primeira parte caracterizamos e descrevemos os contextos clínicos onde os estágios decorreram. Seguidamente são apresentados os dois estudos de caso realizados, que têm por base um enquadramento teórico referente à temática, bem como a conceção de cuidados, especificação de intervenções realizadas e por fim uma síntese do caso respetivamente. Posteriormente demonstra-se o contributo para o desenvolvimento de competências, onde é destacado o desenvolvimento das competências especializadas. Utilizou-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva do processo de aprendizagem desenvolvido nos diferentes contextos, sustentada na melhor evidência científica, fundamentando a tomada de decisão, bem como a partilha de experiências com os orientadores e equipa multidisciplinar de área.

Por último, apresentamos uma síntese final do relatório, realizando uma reflexão acerca do percurso de desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do EEER.

Em anexo, encontra-se presente um panfleto realizado com a finalidade de colmatar uma necessidade detetada num contexto de prática clínica, ao nível da educação para a saúde, relacionado com a sexualidade após a colocação de prótese da anca.

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

O presente relatório encontra-se inserido, como componente de avaliação, na UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, composto por um total de 810 horas, das quais 430 são de contacto. Este período, compreendido entre 30 de setembro de 2024 a 17 de fevereiro de 2025, foi dividido por três contextos distintos, realizados em instituições da região norte de Portugal, sob orientação pedagógica do Professor Doutor Paulo Azevedo.

Os diferentes contextos são referentes ao processo ortopédico, que decorreu num serviço de ortopedia, à prática em contexto respiratório, desenvolvida numa Unidade de Reabilitação Respiratória e, por fim, ao processo neurológico, realizado numa Unidade de AVC (U-AVC).

A reabilitação, como uma área de atuação multidisciplinar, envolve um conjunto de conhecimentos e técnicas específicas que visam apoiar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, ajudando-as a otimizar o seu potencial funcional e a alcançar uma maior independência (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Desta forma, o EEER desenvolve, implementa e dá seguimento a planos de enfermagem de reabilitação personalizados, fundamentados nas necessidades reais e potenciais do indivíduo. A sua vasta formação e experiência permitem-lhe tomar decisões estratégicas relacionadas com a promoção de saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, visando sempre a maximização do potencial da pessoa (Regulamento nº 392/2019, 2019). Para tal, a experiência prática adquirida nos contextos de estágio é essencial para o desenvolvimento de competências, imprescindíveis para a formação de profissionais competentes e capacitados, especialmente numa área tão exigente, sensível e autónoma, que é a enfermagem de reabilitação.

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, apresentando em cada um deles, uma breve descrição de cada contexto de estágio, bem como uma reflexão aprofundada do desenvolvimento das competências ao longo de cada local e como isso contribui para o processo de aprendizagem.

### **Estágio em contexto ortopédico**

O estágio no âmbito ortopédico teve a duração de 141 horas e foi desenvolvido num serviço de internamento de ortopedia pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal. O serviço é composto por duas alas, sendo que a ala A é destinada a cirurgias programadas e a ala B destina-se a pessoas do foro ortotraumatológico, com a totalidade de 52 camas, 26 camas em cada ala. As duas alas, são detentoras de uma equipa multidisciplinar,

dispondo de um EEER em cada, que presta cuidados em dias úteis, no turno da manhã.

O estágio foi realizado na ala A, onde estão alocadas as cirurgias programadas, o que possibilitou acompanhar a pessoa tanto no pré quanto no pós-operatório, permitindo o desenvolvimento das competências de atuação do EEER nas diferentes fases do processo, essencial para a nossa aprendizagem. Observamos que, dado aos rácios disponíveis e o horário do EEER, a priorização dos cuidados era crucial, o que, por vezes, resultava numa prestação de cuidados mais centralizada no pós-operatório e nos casos de alta programada.

O Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 743/2019, 2019) é essencial para determinar as dotações adequadas em enfermagem, dado que estabelece diretrizes específicas para a alocação de recursos humanos, garantindo o número de enfermeiros suficientes para proporcionar cuidados de qualidade, promovendo a segurança e otimização dos resultados, conforme as melhores práticas e recomendações internacionais (Regulamento nº 743/2019, 2019). Relativamente aos serviços de internamento, recomenda-se a alocação de pelo menos dois EEER, por cada quinze pessoas, garantindo assim a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, todos os dias da semana (Regulamento nº 743/2019). Desta forma, torna-se difícil a disponibilização do tempo adequado para estruturar e implementar um plano de intervenção especializado que atente às necessidades de cada pessoa.

Durante o processo de aquisição de competências, tivemos a possibilidade de aprofundar conhecimentos específicos em ortopedia, uma área com a qual tínhamos pouco contacto enquanto enfermeiros de cuidados gerais. Isso gerou a necessidade em adquirir e consolidar conhecimentos, tornando o desafio maior, mas que conseguimos superar com êxito.

No pré-operatório, o EEER tem a responsabilidade de preparar a pessoa para o processo de recuperação que se segue, fornecendo informações sobre a prevenção de riscos e orientando sobre as estratégias e exercícios a serem realizados para que a pessoa recupere a sua autonomia, quando viável. Neste momento, inicia-se o plano de reabilitação, envolvendo a pessoa e incentivando-a à adesão ao processo (Amorim Dias, 2023).

Relativamente ao pós-operatório, a intervenção precoce é essencial, devendo ser cuidadosamente planeada e singularizada. Frequentemente, o ambiente domiciliário da pessoa precisa de ser revisto, uma vez que o que outrora não significava obstáculo ou risco, pode passar a ser um problema face ao pós procedimento. Assim, na preparação da alta e regresso ao domicílio, o EEER tem a responsabilidade de colaborar na identificação de barreiras e riscos, como é o caso do risco de queda, além de orientar sobre o uso de dispositivos e estratégias que facilitem a realização das atividades de vida diária (AVD), sem deixar de envolver a família ao longo deste processo (Amorim Dias, 2023).

Desta forma, a atuação do EEER é extremamente valiosa para a recuperação funcional da

pessoa, permitindo diminuir o tempo de internamento e melhorar a qualidade de vida, enquanto contribui para a diminuição dos custos quer para a pessoa quer para a sociedade. Isso também favorece a reintegração mais rápida na vida cotidiana (Amorim Dias, 2023).

Uma dificuldade com que nos deparamos no decorrer do estágio, foi a abordagem ao tema sexualidade após colocação de prótese total da anca. Este tema continua a ser desafiador para os EEER, mesmo contactando frequentemente com pessoas portadoras de problemas ao nível da saúde sexual. A habilidade e a disposição dos profissionais para abordar a sexualidade permanecem insuficientes, sendo a falta de formação adequada e o desconforto com o tema as principais razões mencionadas pelos profissionais para a sua não participação na reabilitação sexual (Haboubi & Lincoln, 2003). Para combater esta dificuldade, foi realizado um flyer informativo com o título “Sexualidade com prótese da anca” (Anexo I), tornando-se uma ferramenta de apoio ao EEER para iniciar o diálogo sobre o assunto, facilitando a abordagem à problemática identificada.

As oportunidades de cuidar de pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas, como artroplastias, cirurgias de hérnias, fraturas da coluna, ligamentoplastias e correções cirúrgicas, aliadas à forte coesão e dinamismo da equipa multidisciplinar, com um excelente espírito de colaboração, contribuíram significativamente para o sucesso e o desenvolvimento do processo de aprendizagem.

### **Estágio em contexto respiratório**

Relativamente ao estágio em contexto respiratório, este teve a duração de 98 horas de contacto, numa Unidade de Reabilitação Respiratória de uma ULS da região norte do país.

A unidade opera em regime ambulatorio, sendo composta por uma equipa multidisciplinar que inclui médicos, técnicos de pneumologia, nutricionistas, assistentes operacionais, psicólogos e dez EEER, que trabalham em conjunto para atuar sobretudo no alívio de sintomas da doença respiratória da pessoa, bem como oferecer apoio ao internamento de Pneumologia. A unidade está organizada em três salas interligadas: uma com três marquesas, um ginásio e uma sala de isolamento destinada a intervenções em pessoas com necessidade de drenagem de secreções. As salas são estruturadas para atender às necessidades específicas das pessoas, com programas definidos conforme as necessidades identificadas, o plano terapêutico e a evolução individual.

O programa III inclui sessões de reeducação funcional respiratória, nas quais, numa fase inicial, a pessoa é orientada e treinada para a consciencialização da respiração, aprender estratégias de controlo ventilatório, realizar exercícios respiratórios (costais, diafragmáticos e/ou segmentares) e adotar técnicas para a limpeza das vias aéreas. Com duração de 10 sessões ou em caso de pessoa com patologia restritiva consoante avaliação em consulta médica.

Já o programa II, é a combinação do programa III com a componente de fortalecimento de

grandes grupos musculares. Tem início na sala intermédia e complementado no ginásio. Tem como objetivo reabilitar o doente de foro respiratório, na aquisição de ganhos funcionais a curto prazo, após episódio de exacerbação ou pré cirurgia, assim como, na recuperação de pessoas com limitação músculo esquelética. São realizadas (adaptadas às limitações de cada um) técnicas de controlo ventilatório, técnicas de conservação de energia, técnicas da tosse, treino de exercício em bicicleta/tapete/cicloergómetro de braços, fortalecimento muscular, sessões educacionais, bem como a sensibilização da pessoa para a adesão a comportamentos promotores de saúde no domicílio. Tem a duração de 20 sessões.

O programa I, constitui o programa mais completo de reeducação funcional respiratória (RFR), que inclui a prescrição do exercício físico. Decorre no ginásio e tem como finalidade reabilitar a pessoa estável, mas sintomático, para a melhoria do estado funcional com vista à manutenção dos benefícios a longo prazo. São realizadas sessões de formação teórico/práticas com o objetivo de promover ganhos no conhecimento sobre a patologia, hábitos de exercício, alimentação, regime medicamentoso; RFR, técnica da tosse, exercícios de aquecimento; treino de exercício em bicicleta, passadeira e cicloergómetro de braços; exercício de fortalecimento muscular; exercícios de alongamento; monitorização de sinais vitais; técnicas de drenagem autogénica/postural de secreções brônquicas, sempre que necessário. Com a duração de 20 sessões, 2 vezes por semana, 90 minutos.

Durante a execução do exercício, para garantir a segurança da pessoa, é imperativo a monitorização constante da oximetria de pulso, bem como a aplicação da escala de Borg modificada para avaliar a perceção subjetiva do esforço. Permite desta forma avaliar a intensidade da atividade que desencadeia a dispneia e a fadiga muscular, identificando as limitações ao exercício.

Numa abordagem inicial, é realizada uma anamnese, onde são aplicados vários instrumentos de medida tais como: Modified MRC (Medical Research Council) dyspnea questionnaire, escala visual analógica vertical, escala de AVD, escala de ansiedade e depressão, assim como a realização de outras componentes avaliativas, destinadas à avaliação da capacidade funcional da pessoa. Através da avaliação segundo as escalas, são identificadas as necessidades de cada pessoa, permitindo implementar um plano de cuidados de reabilitação especializados, sofrendo modificações consoante a tolerância da mesma.

Todos os programas são compostos por uma componente educativa e de apoio psicossocial, tendo como finalidade a autogestão da doença e a capacitação da pessoa, abordando temas como a técnica inalatória, técnicas de conservação de energia, gestão de stress e ansiedade, controlo de exacerbações, assim como esclarecimentos acerca da patologia.

Após a alta, é mantido o acompanhamento da pessoa através de consultas de telereabilitação para explanação de dúvidas, para garantir a adesão ao regime terapêutico e gerir regime de exercício recomendado à data da alta, com a finalidade de monitorizar a evolução e ajustar o

plano de reabilitação conforme necessário.

Das diversas áreas de intervenção do EEER, a reabilitação respiratória (RR) constitui uma das vertentes alvo de cuidados. As patologias respiratórias poderão acarretar manifestações que alterem a autonomia da pessoa e a sua qualidade de vida. Sinónimos dessa importância são os dados epidemiológicos dessa condição, que demonstram a grande necessidade de intervenção e envolvimento por parte do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

As incapacidades das pessoas que padecem de patologia do foro respiratório são diversas e bem conhecidas, sendo os programas de RR uma componente fundamental no cuidar. Nos dias de hoje, são conhecidos os benefícios que os programas de reabilitação respiratória têm na pessoa alvo de cuidados, quer no prognóstico da doença, quer na diminuição de exacerbações, bem como da mortalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Constitui uma competência do EEER participar e dar resposta aos problemas e limitações experienciados pelas pessoas com patologia respiratória, quer em situação aguda, como em situação crónica, em âmbito hospitalar ou contexto comunitário/domiciliário (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Desta forma, torna-se importante referir que a RR tem como principais objetivos: minimizar a sintomatologia, maximizar a capacidade para o exercício físico, promover a autonomia da pessoa, aumentar a participação social, aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde e realizar mudanças a longo prazo que promovam o bem-estar da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

O contexto de estágio referente à RR foi fundamental para o nosso processo de aprendizagem. Ao longo deste período, detivemos a oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos na prática clínica, em diversos momentos, desde a avaliação inicial da pessoa até à prescrição de exercícios, além do acompanhamento de várias condições respiratórias. Esta experiência contribuiu para o aprimoramento das nossas competências técnicas e interpessoais. A interação direta com profissionais experientes criou um ambiente de aprendizagem valioso, preparando-nos para os desafios futuros na área de RR.

### **Estágio em contexto neurológico**

Por último, o estágio referente ao processo neurológico teve a duração de 124 horas e foi realizado numa U-AVC, que pertence a uma ULS, também da região norte de Portugal. Esta unidade é constituída por 12 camas, no formato open space, com o propósito de receber doentes que se encontram em fase aguda do AVC, que possam ter realizado procedimentos invasivos tais como trombectomia e trombólise, necessitando assim de uma vigilância mais exigente.

As U-AVC devem ser compreendidas como uma das respostas para os melhores cuidados

prestados às pessoas que sofreram AVC. É um serviço hospitalar onde se encontram profissionais com formação específica, e que prestam cuidados à pessoa com AVC, que se encontra ainda numa fase aguda mas já estabilizada (Luz, 2017).

O propósito destas unidades passa pelo início precoce do tratamento e da reabilitação, prevenir o agravamento do enfarte, identificar fatores de risco e a causa do evento, implementar medidas de prevenção para evitar novo evento, prevenir complicações e estabelecer um plano de alta adequado à pessoa (DGS, 2001).

A equipa é composta por um corpo multidisciplinar, fazendo parte dele dois EEER, que se alternam ao longo dos sete dias da semana, das 8 horas às 14 horas e 30 minutos. Por existir uma grande janela temporal em que o EEER não se encontra a prestar cuidados, a restante equipa de enfermagem coopera com a realização de algumas tarefas, tais como o rastreio da disfagia, sendo à posteriori, validado pelo EEER quando este estiver presente. A avaliação do compromisso da deglutição compete ao EEER, contudo o rastreio da deglutição comprometida pode ser realizado pelo enfermeiro de cuidados gerais. Nesse sentido, existe um grande espírito de equipa, que facilita deste modo a prestação de cuidados personalizados, ajustados às necessidades de cada pessoa. O EEER tem assim um papel preponderante em dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos mais específicos, tais como o rastreio da disfagia utilizando a escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS), bem como a avaliação da National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) de uma forma criteriosa.

Para além de prestar cuidados na U-AVC, o EEER durante o seu horário de atuação, ainda presta cuidados no serviço de Neurologia, que é constituído por 8 camas, destinadas a pessoas que já não se encontram em fase aguda de AVC mas que ainda requerem cuidados de enfermagem especializados, atuando sobretudo na recuperação da autonomia, na promoção do autocuidado e na manutenção do seu estado de saúde.

Estes pontos fazem-nos refletir acerca do que é preconizado para uma U-AVC, em termos de rácios para o exercício de enfermagem especializada, numa perspetiva de garantir cuidados de qualidade. É recomendado a presença de EEER num período de 12 horas destinado a cuidados de enfermagem especializados, por cada oito pessoas, o que não acontece na prática (Regulamento nº 743/2019, 2019). Face a este facto, torna-se crucial o estabelecimento de prioridades pelo EEER, que se tornou um desafio mas também um momento de aprendizagem.

O EEER tem um papel preponderante no que diz respeito à recuperação da máxima autonomia possível da pessoa. Este tem uma participação ativa no programa de reabilitação da pessoa, construindo um plano de cuidados ajustado às necessidades particulares planeadas por uma equipa multidisciplinar (Veiga, 2015).

No serviço em questão, o EEER orienta a sua atuação com base na prevenção da espasticidade, através de posicionamentos no leito em padrão antiespástico, bem como na recuperação de

défices do lado afetado, recorrendo a exercícios de reeducação sensoriomotora (Johnstone Margaret, 1979). Desta forma, é privilegiado o início dos cuidados no leito, utilizando técnicas de posicionamento antiespástico, implementadas logo nas primeiras 24h, ainda na fase aguda, assim como exercícios de automobilização, seguindo-se o rolamento no leito, a quadripedia, o sentar e, por fim, a marcha (Johnstone Margaret, 1979).

A recuperação neurológica é mais notória nos três a seis meses após o evento, apresentando-se como cruciais as primeiras semanas para a recuperação progressiva, uma vez que é nesta fase que se observam sinais de melhoria, se a pessoa tiver sido efetivamente estimulada e reabilitada (Silveira, 2013).

Ao longo deste estágio, foi possível a elaboração de planos de intervenção adaptados às condições clínicas e necessidades individuais de cada pessoa, privilegiando sempre a recuperação mais eficaz e garantia da melhor qualidade de vida.

Posto isto, a diversidade de experiências proporcionadas neste contexto de estágio, tornou-se um grande contributo na obtenção de distintas oportunidades, possibilitando para além de conhecimento, o desenvolvimento de competências ao nível da tomada de decisão no sentido de prestar cuidados especializados e de qualidade. Consideramos ter sido um local possível de desenvolvimento de conhecimentos basilares para a prática futura numa área que nos é tão querida, dado desempenharmos funções diárias numa U-AVC.



### **3. INTERVENÇÃO À PESSOA COM AFASIA TRANSCORTICAL MOTORA: UM ESTUDO DE CASO**

Doente do sexo masculino, 52 anos de idade, previamente autónomo, com antecedentes pessoais de: Diabetes Mellitus (DM) tipo 2; Tabagismo; Dislipidemia; Obesidade; Litíase renal. Admitido no serviço de urgência (SU) após ter sido encontrado caído no chão em casa pelas 12 horas, visto bem pela última vez às 07 horas. Submetido a trombectomia, sem intercorrências. Angio-TC demonstra oclusão M1E, da artéria cerebral média esquerda. Contra indicação para trombólise (fora de janela). NIHSS à admissão de 19. Fica internado numa U-AVC para continuação de cuidados: diagnóstico de AVC isquémico, TACI (enfarte total da circulação anterior). O TACI é caracterizado pela presença em simultâneo dos seguintes sintomas: hemiparesia com ou sem hemihipostesia atingindo pelo menos duas de três áreas (face, membro superior e membro inferior); hemianópsia homónima; disfunção cortical (afasia, agnosia, alteração da perceção visuo-espacial, por exemplo).

#### **3.1. Enquadramento teórico**

Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares (DCV) em 2019, representando a principal causa de morte em todo o mundo. No que diz respeito a Portugal, segundo os dados do (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024), no ano de 2022, o AVC apresentou-se como a maior causa de mortes, com um total de 9 616 óbitos, correspondendo a 7,7% do total de óbitos. Até 2035, Cernadas (2021) prevê que o crescimento do número de óbitos por AVC atinja os 45%. Destes 45%, a previsão europeia é de 34%, com um aumento de 25% nas sequelas de longo prazo entre os sobreviventes de AVC, espelhando o impacto significativo desta doença na saúde pública (Cernadas, 2021).

O AVC distingue-se pela perturbação na irrigação sanguínea, com início súbito e com a instalação de défices neurológicos que perdura por um período superior a 24 horas e com causa aparente de origem vascular (A. M. G. Fernandes et al., 2018). A World Health Organization (WHO) (2018) identifica três tipos de AVC: o isquémico, a hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnoide. O AVC isquémico é provocado pelo bloqueio de uma artéria que fornece sangue ao cérebro, seja por um coágulo sanguíneo criado diretamente no local do bloqueio, ou por um coágulo sanguíneo parcialmente criado no sistema circulatório, até que o coágulo obstrui a artéria (embolia) (WHO, 2018). No que diz respeito ao AVC hemorrágico, este ocorre devido ao

extravasamento de sangue para o tecido cerebral (Freitas et al., 2024). A hemorragia subaracnoide é por sua vez caracterizada por um sangramento arterial, que ocorre no espaço entre as meninges, a pia mãe e a membrana aracnoide e inclui sintomas de início súbito tais como cefaleia intensa e, frequentemente, comprometimento da consciência (WHO, 2018).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2021), é imperativo o reconhecimento precoce dos sinais de alarme e o rápido contacto com a ajuda diferenciada. São múltiplos os fatores de risco cardiovasculares relacionados com esta problemática, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes Mellitus, dislipidemia, obesidade, arritmias (como a fibrilhação auricular), idade avançada, tabagismo e sedentarismo (Machado et al., 2020). O tratamento do AVC agudo exige internamento hospitalar, garantindo cuidados de qualidade e segurança para que o principal objetivo, promover a recuperação funcional da pessoa, simplificando a sua reintegração no ambiente familiar, e sempre que possível, no contexto laboral, seja cumprido (M. F. G. Matos & Simões, 2022).

Após um AVC, os sobreviventes enfrentam desafios significativos e sequelas que dificultam a realização das AVD e comprometem a sua independência funcional (Macedo et al., 2023). Estes podem experienciar mudanças nas funções motoras, sensoriais e/ ou cognitivas. Entre as alterações cognitivas mais frequentes relacionadas com o AVC, que advém da região da artéria cerebral média esquerda, incluem a linguagem (Cardoso, 2023).

A comunicação desempenha um papel essencial na vida humana, abrangendo todas as interações, ações e relações. Na realidade, é por meio da comunicação que compartilhamos emoções, crenças, valores, princípios e atitudes, o que possibilita a expressão de comportamentos num processo contínuo de interação mútua.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018b), a comunicação corresponde a um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”.

A linguagem constitui um sistema de comunicação que é composto pela fase expressiva, que diz respeito à produção, e a recetiva, que diz respeito à compreensão. As alterações na linguagem podem suceder em ambas as áreas ou apenas numa, afetando a forma, o conteúdo ou a função (S. Hoeman, 2011). Assim sendo, a afasia pode ser definida como um distúrbio de linguagem manifestada pela perda ou diminuição de uma aptidão previamente estabelecida de compreensão e/ ou formulação de linguagem provocada por danos cerebrais, resultante de alterações que advém das áreas responsáveis pela linguagem e fala, particularmente a área de Wernicke e a área de Broca (Hoeman, 2011).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a afasia é esclarecida como um “defeito ou ausência da função da linguagem para usar e compreender as palavras” (CIPE, 2021).

Decorrente do AVC, a afasia afeta 21% a 38% das pessoas, contribuindo para a redução da qualidade de vida da pessoa, tanto a nível pessoal, como profissional (Tábuas-Pereira et al., 2018). A demonstração desta problemática varia, contudo habitualmente incluem as parafasias - adição, eliminação ou substituição de fonemas; parafasias verbais - substituição de palavras; neologismos - criação de novas palavras; perseverações - utilização repetida da mesma palavra ou sílaba; agramatismo - frases curtas ou incompletas; anomia - dificuldade em encontrar o nome, verbo ou adjetivo e a complexidade na compreensão de palavras, frases ou discursos (Johansson, 2012). Frequentemente, os problemas relacionados com a linguagem, coincidem com outros défices neurológicos, sendo o exemplo da disfunção motora, perdas sensoriais e dificuldades cognitivas não linguísticas, tais como problemas de memória, das funções executivas ou da pragmática social (Matos, 2012).

A afasia varia bastante de pessoa para pessoa ou até mesmo na própria pessoa, conforme se encontre em fase aguda ou não (Baker et al., 2021; Pedersen et al., 2004). O diagnóstico do tipo de afasia depende de vários fatores, nomeadamente, a abrangência e a localização da lesão, assim como o histórico clínico, as comorbidades relacionadas e a precocidade no acesso a tratamento médico/ reabilitação de qualidade (Fernandes, 2023). Embora, ao longo da história, diversos métodos clínicos de classificação dos subtipos da afasia tenham sido propostos, a terminologia mais amplamente utilizada até hoje é a desenvolvida por Norman Geschwind, Frank Benson, Harold Goodglass e Edith Kaplan em 1960, conhecida como a classificação de Boston. De acordo com essa classificação, a afasia pode ser subdividida em: Afasia de Broca; Afasia Transcortical Motora; Afasia Global; Afasia Transcortical Mista; Afasia de Wernicke; Afasia Transcortical Sensorial; Afasia de Condução e Afasia Anómica. A determinação do tipo de afasia depende da avaliação clínica de aspetos como fluência, compreensão, repetição e nomeação (Sheppard & Sebastian, 2021). Em seguida, através de uma tabela, é apresentada a classificação das síndromes afásicas adaptado de Martins (2013).

	Fluência	Compreensão	Repetição
Transcortical motora		✓	✓
Broca		✓	
Transcortical Mista			✓
Global			
Anômica	✓	✓	✓
Condução	✓	✓	
Transcortical sensorial	✓		✓
Wernicke	✓		

*Tabela 1 - Classificação das síndromes afásicas adaptado de Martins (2013)*

A tabela supracitada não contém o âmbito da nomeação, uma vez que em maior ou menor grau, se encontra perturbada em todos os afásicos (Martins, 2013). Dando ênfase à afasia Transcortical Motora e afasia global, estas são consideradas afasias não fluentes, onde o discurso é de baixo débito, produzido com esforço e constituído por frases curtas ou palavras isoladas, sendo que as pausas são frequentes e longas (Martins, 2013).

A pessoa perde a capacidade de se comunicar verbalmente, tornando-se mais frágil e vulnerável, o que a torna mais suscetível à depressão. Isso pode conceber a sensação de desvantagem social em relação ao cumprimento do seu papel e à satisfação das suas necessidades, além de afetar a realização das AVD, afetando o seu funcionamento e resultando na perda de autonomia e independência (Sequeira, 2016).

A avaliação da afasia pode ser efetuada através de instrumentos, tais como, a escala de Aphasia Rapid Test, desempenhando um papel fundamental na caracterização de pessoas que apresentam alterações cognitivas e/ou de linguagem. Estes instrumentos possibilitam que num curto espaço de tempo, se identifique a presença ou ausência de alterações, permitindo um encaminhamento mais precoce e adequado da pessoa.

Os EEER precisam estar conscientes da relevância em estabelecer o mais precocemente um plano de reabilitação de modo a prevenir sequelas, aumentar a recuperação funcional e a reintegração familiar e social (Santos, 2013). Apesar da impossibilidade em eliminar por completo os obstáculos à comunicação, o EEER deve ser capaz de identificá-los e reduzi-los (Cardoso, 2023).

O processo de reabilitação da pessoa afásica envolve inúmeras intervenções definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018b):

- “Avaliar capacidade para comunicar;
- Incentivar a pessoa a comunicar;
- Executar técnica de treino do discurso;
- Providenciar dispositivo auxiliar como os sistemas de comunicação aumentativa e complementar (por objetos, imagens, escrita, tecnologia);
- Providenciar material educativo;
- Adaptar estratégias de comunicação não verbal.”

Para Hoeman (2011), existem intervenções que simplificam a comunicação, tais como:

- Fornecer um ambiente calmo, tranquilo sem ruídos ou distrações;
- Obter a atenção da pessoa no momento da comunicação;
- Abordar tópicos de comunicação espontâneos que sejam do interesse da pessoa;
- Se a pessoa apresentar sinais de cansaço ou aborrecimento, adiar a conversa;
- Dar tempo à pessoa para processar a informação dita e evitar interrupções;
- Incentivar todas as tentativas de expressão verbal;
- Falar devagar e pausadamente;
- Não usar tom de voz alto;
- Solicitar a pessoa a repetir palavras, se necessário;
- Estimular ao uso de gestos e quadros de comunicação com imagens, especialmente quando a comunicação verbal é impossível;
- Possibilitar erros e corrigir a pessoa quando claramente apropriado.

A reabilitação de uma pessoa com afasia após um AVC não deve ser encarada como um evento pontual ou temporário, mas sim como um processo contínuo de procura por soluções e adaptações que favoreçam uma interação positiva entre a pessoa e o seu ambiente (Cardoso, 2023).

Assim, o EEER deve adotar estratégias que potencializem a capacidade de expressão verbal da pessoa, como: oferecer tempo suficiente para que a pessoa se expresse; repetir a mensagem em voz alta; aceitar toda a forma de pronúncia; evitar interrupções e fornecer palavras quando necessário. Também é importante ensinar à pessoa estratégias para melhorar o discurso, como comunicar de forma calma e clara, incentivar o uso de frases curtas e motivá-lo a escrever ou desenhar mensagens. O EEER deve identificar as frustrações de cada pessoa, reconhecer junto com ele os fatores que facilitam a expressão verbal (como verificar a acuidade auditiva e visual)

e envolver os familiares nas alternativas de comunicação, além de explicar o motivo das reações da pessoa em relação a estes (Cardoso, 2023). Para lidar com a pessoa afásica, é aconselhável estabelecer o contacto visual direto, preservar uma atitude relaxada e sem pressa, falar com um tom normal e calmamente, oferecer tempo para que a pessoa assimile a informação, utilizar gestos adequados para auxiliar a transmitir o significado (Hoeman, 2000).

Na pessoa com afasia após um AVC, a dificuldade em comunicar ou compreender no cotidiano é uma condição persistente que pode coexistir com outras limitações significativas decorrentes do AVC. O seu impacto a nível pessoal, familiar e social é grandemente reconhecido, demandando ajustes constantes por parte daqueles que convivem diretamente com esta realidade. Esta problemática pode ser vivenciada de forma diferente por diversas pessoas, mesmo em circunstâncias que se assemelham. O significado atribuído a essa experiência pode ser positivo, neutro ou negativo. A transição pode ser algo desejado ou não, podendo ser uma escolha pessoal ou imposta (Meleis, 2010).

Cada pessoa é única, e no caso de uma pessoa com AVC em situação de afasia, essa transição dificilmente será desejada, o que lhe atribui um significado negativo. Isso pode influenciar a duração do processo de transição, seja inibindo-o ou prolongando-o. O processo em si refere-se à natureza dinâmica da experiência de transição (Meleis, 2010). Meleis (2010) afirma também que a transição exige que a pessoa adquira novos conhecimentos e desenvolva novas habilidades, com o objetivo de se adaptar melhor à sua nova condição de saúde e doença. Contudo, uma incapacidade, resultado funcional da deficiência, não leva necessariamente à desvantagem, ou pelo menos não a uma desvantagem permanente (Hesbeen, 2003).

A afasia, enquanto incapacidade originada pelo AVC, pode não representar um obstáculo à participação da pessoa no seu ambiente e na sociedade. Meleis (2010) propôs que a transição seja um conceito central da enfermagem, sendo assim, cabe à enfermagem de reabilitação delinear estratégias em conjunto com a pessoa e fornecer-lhe conhecimentos para capacitá-la com habilidades comunicacionais, de modo a evitar que a afasia resulte em desvantagem. De acordo com Meleis (2010), a criação de ambientes saudáveis, tanto no aspeto físico quanto emocional, também é uma intervenção importante da enfermagem durante o processo de transição.

Neste sentido, o EEER, com base nas competências específicas que detêm pelo Regulamento nº 392/2019, pode contribuir neste processo, oferecendo apoio, motivação e métodos de aprendizagem que procuram melhorar a qualidade de vida tanto das pessoas quanto dos seus familiares (Cardoso, 2023).

### 3.2. Clientes

#### Cliente

Adulto | Idade: 52 anos | Masculino

### 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-08 10:00:00	Clemastina 1mg oral (24/24h) - 19h	
2025-01-08 10:00:00	Enoxaparina 60mg SC (12/12h) - 9h,21h	
2025-01-08 10:00:00	Pantoprazol 20mg EV (24/24h) - 7h	
2025-01-08 10:00:00	Atorvastatina 40mg oral (24/24h) - 19h	
2025-01-08 10:00:00	Ácido acetilsalicílico 100mg oral (24/24h) - 13h	

#### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Nenhuma da medicação prescrita interfere com os cuidados de reabilitação, realizados no período da manhã.

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

08-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Repouso no leito** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais** [FIM] 10-01-2025 10:00

*08-01-2025 10:00 - Dar banho na cama* [FIM] 10-01-2025 10:00

*08-01-2025 10:00 - Lavar cavidade oral* [FIM] 10-01-2025 10:00

*08-01-2025 10:00 - Fazer toalete* [FIM] 10-01-2025 10:00

*08-01-2025 10:00 - Arranjar o cliente* [FIM] 10-01-2025 10:00

*08-01-2025 10:00 - Assistir no alimentar-se* [FIM] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Promover adesão: repouso no leito** [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador.

### **Sondas, Drenos e Cateteres**

08-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Cateter urinário** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Características do dispositivo: Foley nº14 dupla via.

08-01-2025 10:00 - Quantidade de urina: 300 ml.

08-01-2025 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

08-01-2025 10:00 - Transparência da urina: Límpida.

**08-01-2025 10:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário**

[FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário* [FIM]

10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Determinar sinais de infecção do sistema urinário** [FIM]

10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução de sinais de infecção do sistema urinário* [FIM]

10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - *Referenciar sinais de infecção do sistema urinário ao médico*

[FIM] 10-01-2025 10:00

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

- O repouso no leito constituiu uma atitude terapêutica no início do internamento na U-AVC por indicação médica, pós procedimento de tromnectomia. Após suspensão desta indicação médica, deu-se término a esta atitude terapêutica uma vez que pode realizar levante do leito.
- Relativamente ao cateter urinário, foi removido aquando do primeiro levante, apresentando micção espontânea em dispositivo urinário (urinol).

### **3.5. Domínios**

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
08-01-2025 10:00	Força muscular	
08-01-2025 10:00	Sono	
08-01-2025 10:00	Termorregulação	
08-01-2025 10:00	Eliminação urinária	
08-01-2025 10:00	Eliminação intestinal	
08-01-2025 10:00	Alimentar-se	
08-01-2025 10:00	Vestir-se ou despir-se	

Início	Domínios	Fim
08-01-2025 10:00	Cuidar da higiene pessoal	
08-01-2025 10:00	Virar-se	
08-01-2025 10:00	Emoção	
08-01-2025 10:00	Função motora fina	
08-01-2025 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
08-01-2025 10:00	Atitudes terapêuticas	
08-01-2025 10:00	Deglutição	
08-01-2025 10:00	Comunicação verbal	
08-01-2025 10:00	Percepção corporal	
08-01-2025 10:00	Visão	
08-01-2025 10:00	Sensações somáticas	
08-01-2025 10:00	Tónus muscular	
08-01-2025 10:00	Movimento articular	
08-01-2025 10:00	Consciência	
10-01-2025 10:00	Equilíbrio estático	
10-01-2025 10:00	Equilíbrio dinâmico	
10-01-2025 10:00	Erguer-se	
10-01-2025 10:00	Transferir-se	
10-01-2025 10:00	Sentar-se	
10-01-2025 10:00	Andar	

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

#### Consciência

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2021), a consciência refere-se à resposta mental das percepções geradas pela combinação dos sentidos, mantendo a mente vigilante e sensível ao ambiente externo. O nível de consciência é um indicador importante do grau de lesão cerebral após um AVC, sendo que pontuações mais baixas na Escala de Coma de Glasgow no momento da admissão, juntamente com alterações no estado mental, aumentam o risco de mortalidade (Tareke, 2022).

#### Comunicação verbal

A comunicação comprometida, frequentemente observada em pessoas que sofreram um AVC, ocorre devido a danos nas áreas linguísticas do cérebro, especialmente no hemisfério esquerdo. O hemisfério esquerdo é o responsável pela maior parte das funções linguísticas, como a produção e a compreensão da fala, leitura e escrita. Quando essa região do cérebro é afetada por um AVC, as pessoas podem experimentar dificuldades significativas nas diferentes formas de comunicar, o que pode incluir problemas da fala, dificuldade para encontrar palavras, perda de compreensão da linguagem ou até mesmo incapacidade de manter um discurso coerente. Esse tipo de déficit neurológico é uma das consequências mais prevalentes e debilitantes do AVC, impactando diretamente a capacidade da pessoa em interagir com os outros e de realizar

atividades cotidianas de forma independente (LaCroix et al., 2021).

A comunicação, sendo uma habilidade fundamental para a socialização, o emprego e o autocuidado, pode ser gravemente prejudicada após um AVC. Pessoas que sofrem de afasia — uma condição resultante dos danos nas regiões linguísticas do cérebro — podem enfrentar grandes dificuldades em expressar as suas necessidades e pensamentos, o que afeta não apenas a sua qualidade de vida, mas também a sua saúde emocional e psicológica. A frustração e a ansiedade frequentemente surgem à medida que a pessoa reconhece a perda da habilidade em comunicar de forma eficaz, o que pode contribuir para o isolamento social e o agravamento de outras condições de saúde, como a depressão.

Esta problemática pode criar uma barreira significativa para a recuperação da pessoa, uma vez que a comunicação é essencial para o processo de reabilitação eficaz. Muitas vezes, as pessoas necessitam de explorar novas formas de comunicação, como o uso de tecnologias alternativas, linguagem gestual ou outros dispositivos que auxiliem na expressão e compreensão.

Em termos de reabilitação, o tratamento para a comunicação comprometida após um AVC deve ser individualizado, considerando o tipo e a gravidade do défice linguístico. O objetivo é auxiliar a pessoa a recuperar ou melhorar as suas capacidades comunicativas, para que este possa retomar uma vida mais interativa. Em diversos casos, podem ser necessários sistemas de comunicação alternativa e aumentativa, que utilizam recursos visuais, como quadros de palavras ou dispositivos eletrónicos, para facilitar a interação. A abordagem multidisciplinar, é essencial para oferecer o suporte necessário à pessoa que enfrenta dificuldades comunicativas após um AVC (Wilson & Schneck, 2021).

### **Sono**

A má qualidade do sono aparenta ser algo frequente em pessoas com AVC. O processo de reabilitação, que decorre desde a fase aguda, que é contínuo e perlongado em muitos casos, pode ser comprometido se a pessoa apresentar uma má qualidade do sono ou diferentes distúrbios do sono (Hermann & Bassetti, 2017). Afirma-se que é comum os sobreviventes do AVC apresentarem uma inferior qualidade do sono, traduzindo-se numa redução da qualidade de vida (Wahid et al., 2020). Dada a repercussão negativa dessa condição na saúde, é fundamental adotar estratégias eficazes para aprimorar a qualidade do sono (Luo et al., 2023).

### **Termorregulação**

De acordo com a CIPE (2021), a termorregulação é um processo do sistema regulador que envolve o controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal. A aquisição da temperatura basal é considerada significativa em quase todas as diretrizes clínicas para pessoas com AVC (Wijeratne et al., 2022).

## **Emoção**

A ansiedade e a depressão que surgem após um AVC podem ter um impacto profundamente negativo na vida das pessoas, muitas vezes tornando-se condições incapacitantes que afetam a recuperação e a qualidade de vida (Ahrens et al., 2023). A ansiedade, embora frequentemente vista como uma condição debilitante, possui um papel adaptativo em determinadas situações, funcionando como um mecanismo de defesa do organismo. Quando experimentada em níveis adequados e em contextos apropriados, a ansiedade pode atuar como um alerta, motivando o indivíduo a adotar comportamentos mais cautelosos e saudáveis, com o objetivo de proteger a sua saúde e bem-estar. Esse tipo de ansiedade é uma resposta natural e instintiva, projetada para ajudar as pessoas a responderem adequadamente a situações que apresentam risco ou perigo.

No entanto, no contexto de um AVC, a ansiedade pode se tornar mais complexa e desafiadora de lidar. A experiência de um AVC, que pode envolver sequelas físicas graves e mudanças na percepção da própria saúde, pode desencadear uma ansiedade persistente e excessiva. Pessoas que enfrentaram um AVC frequentemente defrontam-se com a sensação de vulnerabilidade, medo da morte, do agravamento da sua condição ou de novas complicações.

É importante ressaltar que, apesar do desconforto que a ansiedade pode causar, um certo nível de ansiedade após o AVC é, de facto, uma resposta psicológica comum e natural. Essa reação surge como parte do processo de adaptação da pessoa ao trauma físico e emocional que o AVC representa. A ansiedade serve como um mecanismo de alerta diante da percepção de risco à vida, um reflexo de que a pessoa está consciente das limitações impostas pela condição. No entanto, quando a ansiedade ultrapassa um certo limite, tornando-se crônica ou debilitante, pode interferir no processo de reabilitação e aumentar o sofrimento psicológico da pessoa, o que pode levar à necessidade de intervenções terapêuticas (Lin et al., 2022). Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam o papel da ansiedade como uma resposta emocional normal após um AVC.

## **Função motora fina**

O AVC tem um impacto significativo na função neuromuscular, afetando diretamente a coordenação e a aptidão das extremidades, principalmente nas mãos e braços. A maioria das pessoas que sofrem um AVC enfrentam dificuldades motoras, especialmente em relação à parte distal da extremidade superior, como os dedos e a mão, o que compromete a sua capacidade para realizar tarefas diárias e funções básicas de autocuidado (Plantin et al., 2021; Zhao et al., 2022).

Essas deficiências motoras resultam em limitações consideráveis para as pessoas, que podem enfrentar dificuldades para realizar atividades simples como vestir-se, comer ou até mesmo escrever. A recuperação dessas funções motoras é um dos principais focos na reabilitação pós-

AVC. Nesse contexto, o treino de destreza manual e motricidade torna-se fundamental. Exercícios específicos para melhorar a força, a coordenação e a precisão dos movimentos das mãos e dedos são cruciais para a recuperação da funcionalidade da extremidade superior.

Além disso, a reabilitação da mão e das funções motoras finas não só melhora a capacidade da pessoa em realizar atividades de autocuidado, mas também contribui significativamente para a sua qualidade de vida e independência. Programas de reabilitação eficazes têm mostrado que, através de um plano de cuidados direcionado, é possível reverter parcialmente ou até mesmo superar as limitações impostas pelo AVC, permitindo às pessoas uma maior autonomia no cotidiano (Alabdulaali et al., 2022).

### **Deglutição**

Após o AVC, a capacidade do cérebro em controlar movimentos motores pode ser gravemente prejudicada devido a danos nas regiões corticais e subcorticais. Essas áreas do cérebro são responsáveis pela coordenação e controlo de diversas funções motoras essenciais, incluindo a movimentação dos músculos orofaríngeos (que estão envolvidos na deglutição) (Munshi & Harwood, 2020). Essas funções são reguladas pelos nervos cranianos, que podem ser afetados diretamente pelas lesões provocadas pelo AVC, resultando num comprometimento do funcionamento desses músculos (Munshi & Harwood, 2020). A consequência disso é que os músculos envolvidos em processos vitais como a alimentação, podem perder a sua eficácia, resultando em várias dificuldades funcionais e complicações de saúde.

Um dos problemas mais críticos que surgem após o AVC ao nível do controlo motor é a deglutição comprometida, que consiste na dificuldade ou incapacidade de deglutir corretamente. A deglutição comprometida ocorre pela deficiente coordenação dos músculos necessários para a deglutição, o que pode acarretar diversos problemas na saúde da pessoa. Entre as consequências mais imediatas está o risco de pneumonia por aspiração, constituindo um problema particularmente comum em pessoas com AVC, uma vez que a dificuldade em deglutir corretamente aumenta a probabilidade de alimentos ou líquidos ingressarem nas vias aéreas.

Além disso, a deglutição comprometida pode levar à desidratação e à deficiência nutricional, pois a incapacidade de ingerir alimentos e líquidos adequadamente compromete a nutrição da pessoa. Este fator pode condicionar a situação clínica da pessoa, dado que a nutrição adequada é essencial para o processo de reabilitação pós-AVC (Oliveira et al., 2019).

A identificação precoce e a intervenção adequada da deglutição comprometida são fundamentais para minimizar as consequências e melhorar a recuperação. Portanto, a deglutição comprometida representa uma das complicações mais desafiadoras e perigosas após um AVC, exigindo uma abordagem multidisciplinar para garantir que a pessoa receba os cuidados necessários para evitar complicações graves e melhorar a sua qualidade de vida

durante o processo de recuperação (Arnold et al., 2016).

### **Perceção corporal**

O compromisso na perceção corporal consiste na falha da pessoa em relatar, responder ou orientar estímulos sensoriais apresentados no lado contralateral à lesão cerebral (Teasell et al., 2020). A negligência é mais frequente em lesões cerebrais do hemisfério direito (Esposito et al., 2021). No caso aqui apresentado, não foram observadas alterações.

### **Visão**

A hemianopsia homónima consiste num defeito do campo visual caracterizado pela cegueira total ou parcial nos campos visuais do lado direito ou esquerdo de ambos os olhos, frequentemente causado pelo AVC (Hepworth et al., 2016). A capacidade funcional em atividades diárias, como a mobilidade, a leitura, a condução e a qualidade de vida em geral, pode ser prejudicada por estas alterações no campo visual. A perda de campo visual pode afetar a participação das pessoas na reabilitação e tem sido associada à depressão, ansiedade e isolamento social (Alwashmi et al., 2022). Na avaliação inicial desta pessoa na urgência, foi descrita uma hemianopsia homónima direita que posteriormente reverteu, tornando a visão um domínio fundamental nas avaliações neurológicas deste caso.

### **Tónus muscular**

A espasticidade é um distúrbio motor caracterizado pelo aumento do reflexo de estiramento muscular, acompanhado de hipertonia e hiperreflexia, resultante de lesões nos neurónios motores superiores. A neurofisiologia da espasticidade no AVC envolve danos em áreas cerebrais específicas que, ao interromperem os sinais inibitórios normais do cérebro para os músculos, provocam uma hiperexcitabilidade no reflexo de estiramento e um aumento do tónus muscular (Chacon-Barba, 2024; Lee et al., 2019).

### **Movimento articular**

O movimento corporal, de acordo com o ICNP (2019), constitui um processo do sistema musculoesquelético e refere-se ao “movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações”. O AVC pode desenvolver uma restrição da amplitude de movimento, manifestação que se transpõe num considerável impacto incapacitante.

A avaliação da amplitude articular é realizada através do goniómetro, um método universalmente recomendado. O goniómetro consiste num equipamento que tem na sua constituição um braço fixo e um móvel, graduado por uma escala compreendida entre os 0-360º ou 0-18º. O registo deve complementar o movimento articular, a articulação e a amplitude em graus, bem como a interpretação do mesmo, realizada através da comparação entre os valores fisiológicos de referência para o movimento e articulação, e a comparação entre as diversas avaliações à pessoa (OE, 2016).

### **Força muscular**

A força muscular pode ser definida como a capacidade de um músculo gerar tensão durante uma contração. A força máxima é a quantidade máxima de força que um grupo muscular consegue produzir num padrão de movimento específico, a uma velocidade determinada. Após um AVC, cerca de dois terços das pessoas apresentam hemiparesia residual, o que resulta numa incapacidade crónica a longo prazo. O músculo esquelético é considerado o principal responsável pela limitação física na população pós-AVC. Os sobreviventes do AVC com mais de seis meses após o evento, enfrentam uma perda significativa de massa muscular e redução da força muscular, tanto nos membros paréticos quanto nos não afetados (Beckwée et al., 2022).

### **Sensações somáticas**

A função somatossensorial diz respeito à capacidade em perceber, diferenciar e identificar as sensações corporais (Chia et al., 2019). Essa informação sensorial desempenha um papel fundamental na função motora, já que a integração das sensações provenientes da pele, ligamentos, músculos e articulações possibilita a execução de movimentos controlados e precisos dos membros (Yilmazer et al., 2019). Após um AVC, é comum ocorrerem comprometimentos somatossensoriais, os quais afetam de forma significativa a capacidade em realizar AVD de forma autónoma (Turville et al., 2019).

### **Equilíbrio estático e dinâmico**

A perda de controlo da mobilidade do tronco representa uma das disfunções mais graves, uma vez que todas as atividades funcionais do corpo dependem do controlo adequado dessa região, que atua como a base para o movimento (Rocha et al., 2020). Os músculos do tronco desempenham um papel fundamental na manutenção do equilíbrio e são indispensáveis para funções básicas, como transferências e marcha. A falta de controlo nesta área compromete a capacidade da pessoa em realizar movimentos cotidianos de forma eficiente e segura.

Alterações comuns no equilíbrio e controlo postural incluem, entre outras, a assimetria excessiva na distribuição de peso, com tendência a sobrecarregar a perna não afetada, a diminuição da estabilidade postural e a dificuldade em realizar ajustes posturais antecipatórios, necessários para se adaptar a mudanças rápidas de movimento (Hugues et al., 2019). Esses problemas estão frequentemente associados a uma redução na capacidade de reagir a estímulos externos, como mudanças no terreno ou em situações que exigem agilidade e ajustes rápidos do corpo.

Adicionalmente, o comprometimento somatossensorial nos membros inferiores tem um impacto negativo significativo no equilíbrio e na marcha. No caso de pessoas que sofreram um AVC, alterações nas sensações táteis plantares têm sido associadas a pontuações mais baixas em testes de equilíbrio, além de um aumento na oscilação postural enquanto a pessoa está em pé (Chia et al., 2019). A sensação tátil, concomitantemente com o feedback propriocetivo, é

essencial para a percepção do peso suportado pelos membros inferiores. A perda de sensibilidade nessas áreas dificulta a capacidade de perceber e monitorizar adequadamente a carga sobre o membro afetado, o que pode reduzir a confiança e a precisão ao distribuir o peso durante atividades como ficar em pé ou caminhar.

Esse comprometimento no feedback tátil e proprioceptivo pode levar a uma postura inadequada e a uma distribuição de peso desequilibrada, resultando num ciclo vicioso de instabilidade e risco aumentado de quedas (Parsons, 2016). A pessoa com défices sensoriais pode, por exemplo, reduzir a carga sobre o membro parético, o que, por sua vez, diminui a eficiência do movimento e acentua o desequilíbrio postural. Assim, é imperativo que abordagens terapêuticas considerem não apenas a recuperação da mobilidade do tronco, mas também a reabilitação sensorial, para melhorar o controlo postural e a funcionalidade geral da pessoa.

Relativamente ao equilíbrio dinâmico, este refere-se á capacidade do corpo em manter a sua estabilidade enquanto está em movimento, reagindo a distúrbios causados pelo ambiente ao seu redor (Januário & Amaral, 2010). As alterações no equilíbrio dinâmico, resultantes da diminuição da propriocepção e da sensibilidade cutânea, provocam uma redução no controlo postural. Esse controlo é regido por dois objetivos funcionais principais: orientação e estabilidade postural. A orientação postural diz respeito ao controlo ativo do alinhamento corporal, do tónus muscular, das informações visuais do ambiente e das referências internas (Lima et al., 2021).

### **Andar**

A marcha, ou o ato de caminhar, é uma habilidade essencial e fundamental para a autonomia e independência do ser humano. Considerada uma das funções mais desejadas, a capacidade de andar impacta diretamente a qualidade de vida. Quanto mais rapidamente a pessoa consegue superar a dificuldade em caminhar, mais cedo recupera a independência para atividades de autocuidado, o que resulta numa diminuição das despesas e na necessidade de apoio de cuidadores (Abrantes, 2020).

A marcha é uma resposta complexa que merece atenção detalhada por parte dos EEER. Ela é crucial não só por permitir a exploração de diferentes recursos e estratégias de avaliação, mas também por possibilitar o planeamento de intervenções específicas e dirigidas. Trata-se de uma atividade diária que envolve uma integração entre o sistema nervoso, o sistema músculoesquelético e o sistema cardiorrespiratório. O padrão do andar varia de pessoa para pessoa, sendo influenciado por fatores como idade, personalidade e estado emocional (Abrantes, 2020).

### **Autocuidado**

Segundo Orem (2001), o autocuidado é um comportamento individual, autónomo, consciente e deliberado, que envolve ações dirigidas a si mesmo, mas sempre dentro de um contexto social e

ambiental. Após um AVC, é fundamental que a pessoa procure recuperar a independência que possuía antes do evento, a fim de retomar o controlo sobre as atividades diárias e sua qualidade de vida (Santos et al., 2021). No caso apresentando, na primeira sessão foram observadas algumas dificuldades na realização de atividades do autocuidado, apresentando um grau de dependência moderado em áreas como virar-se, alimentar-se, vestir-se e despir-se, outros domínios ainda não tinham sido testados na primeira sessão pela indicação médica de repouso no leito. Na segunda sessão, o grau de dependência apresentou-se reduzido, tendo mais autonomia em várias áreas do autocuidado.

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### **Consciência**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Consciente.

#### **08-01-2025 10:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Manhã]*

10-01-2025 10:00 - Consciente.

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Escala de Coma de Glasgow: Abertura ocular espontânea (4) Resposta verbal orientada (5) Resposta motora obedece a comandos (6) Total: 15 pontos

## **Força muscular**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Força - contração muscular

08-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

08-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

08-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

08-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

08-01-2025 10:00 - Face Direita(o): desvio da comissura labial sem apagamento do sulco naso labial.

### **08-01-2025 10:00 - Paresia**

#### **08-01-2025 10:00 - Determinar evolução da força muscular**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o)) [Manhã]*

10-01-2025 10:00 - Força - contração muscular

10-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

10-01-2025 10:00 - Face Direita(o): desvio da comissura labial sem apagamento do sulco naso labial [MANTEVE].

#### **08-01-2025 10:00 - Melhorar força muscular**

*08-01-2025 10:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro superior Direita(o)) [Manhã] [FIM]* 10-01-2025 10:00

*10-01-2025 10:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Direita(o)) [Manhã]*

*08-01-2025 10:00 - Executar técnica de mobilização dos músculos da face [Manhã]*

*08-01-2025 10:00 - Instruir sobre exercícios musculares da face [Manhã]*

#### **08-01-2025 10:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares**

08-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora.

10-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2025 10:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares:

facilitadora [MELHOROU].

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o)) [FIM]*

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

*08-01-2025 10:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o)) [Manhã] [FIM]* 10-01-2025 10:00

*08-01-2025 10:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o)) [Manhã] [FIM]* 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares*

**Movimento articular**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Articulação

08-01-2025 10:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Abdução.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Adução.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Flexão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Extensão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Flexão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Extensão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.

08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

08-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.  
08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.  
08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.  
08-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.  
08-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Articulação  
10-01-2025 10:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Abdução.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Adução.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
10-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.  
10-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

**10-01-2025 10:00 - Determinar evolução da mobilidade articular**

*10-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular*

### **Tónus muscular**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Tónus

08-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

08-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

08-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

08-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

#### **08-01-2025 10:00 - Determinar evolução do tónus muscular**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do tónus muscular [Manhã]*

10-01-2025 10:00 - Tónus

10-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

### **Função motora fina**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Destreza manual

08-01-2025 10:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

08-01-2025 10:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Destreza manual

10-01-2025 10:00 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

#### **10-01-2025 10:00 - Determinar evolução da função motora fina**

*10-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da função motora fina (Bilateral)*

### **Equilíbrio estático**

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

10-01-2025 10:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

10-01-2025 10:00 - Índice de Tinetti Equilíbrio sentado : 1 - Permanece seguro Levantar-se : 1 - Capaz, mas usa os braços para ajudar Tentativas de se levantar : 2 - Capaz de se levantar com uma tentativa Equilíbrio em pé imediato (primeiros 5 segundos): 2 - Estável sem andador, bengala ou outros apoios Equilíbrio em pé : 1 - Estável, mas com amplo apoio (calcanhares separados por mais de 10 cm) ou usa bengala ou outro apoio Empurrar (paciente em pé, tronco ereto, pés o mais próximos possível, examinador empurra suavemente o esterno do paciente com a palma da mão 3 vezes): 1 - Cambaleia, segura,

mas segura Olhos fechados (mesma posição de empurrar): 1 - Estável Giro de 360 graus : 1  
- Passos contínuos \ 0 - Instável (oscilações, agarramentos) Sentado: 2 - Movimento seguro  
e suave Total: 12 pontos

**10-01-2025 10:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático**

*10-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [Manhã]*

**Equilíbrio dinâmico**

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio.

10-01-2025 10:00 - Índice de Tinetti Equilíbrio sentado : 1 - Permanece seguro Levantar-se :  
1 - Capaz, mas usa os braços para ajudar Tentativas de se levantar : 2 - Capaz de se  
levantar com uma tentativa Equilíbrio em pé imediato (primeiros 5 segundos): 2 - Estável  
sem andador, bengala ou outros apoios Equilíbrio em pé : 1 - Estável, mas com amplo apoio  
(calcanhares separados por mais de 10 cm) ou usa bengala ou outro apoio Empurrar (  
paciente em pé, tronco ereto, pés o mais próximos possível, examinador empurra  
suavemente o esterno do paciente com a palma da mão 3 vezes): 1 - Cambaleia, segura,  
mas segura Olhos fechados (mesma posição de empurrar): 1 - Estável Giro de 360 graus : 1  
- Passos contínuos \ 0 - Instável (oscilações, agarramentos) Sentado: 2 - Movimento seguro  
e suave Total: 12 pontos

**10-01-2025 10:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido**

**10-01-2025 10:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico**

*10-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [Manhã]*

*10-01-2025 10:00 - Referenciar compromisso do equilíbrio ao médico*

**10-01-2025 10:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico**

*10-01-2025 10:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico [Manhã]*

*10-01-2025 10:00 - Assistir no treino do equilíbrio [Manhã]*

**10-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

*10-01-2025 10:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [SOS]*

*10-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]*

**10-01-2025 10:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

10-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

**10-01-2025 10:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico**

10-01-2025 10:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada  
para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo  
postural e o equilíbrio: facilitadora.

10-01-2025 10:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada  
para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

**10-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio**

*10-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio*

*10-01-2025 10:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [Manhã]*

*10-01-2025 10:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [Manhã]*

**10-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio**

*10-01-2025 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente*

*10-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico*

**Sensações somáticas**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Sensibilidade profunda

08-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

08-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o)

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

08-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o)

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

08-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

08-01-2025 10:00 - Sem manifestação de dor.

**08-01-2025 10:00 - Determinar sinais de dor**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Manhã; SOS]*

*10-01-2025 10:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].*

**08-01-2025 10:00 - Determinar evolução da sensibilidade**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da sensibilidade [Manhã]*

10-01-2025 10:00 - Sensibilidade profunda

10-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

10-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o)

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

10-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o)

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

10-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
10-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

### **Visão**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Acuidade visual

08-01-2025 10:00 - Direita(o): sem compromisso.

08-01-2025 10:00 - Esquerda(o): sem compromisso.

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Acuidade visual

10-01-2025 10:00 - Direita(o): sem compromisso.

10-01-2025 10:00 - Esquerda(o): sem compromisso.

### **Percepção corporal**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Percepção do corpo

08-01-2025 10:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

08-01-2025 10:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Percepção do corpo

10-01-2025 10:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior  
[MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior  
[MANTEVE].

### **Comunicação verbal**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Tem dificuldade em expressar as palavras .

08-01-2025 10:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

#### **08-01-2025 10:00 - Comunicação verbal expressiva comprometida**

##### **08-01-2025 10:00 - Determinar evolução da comunicação**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [Manhã]*

10-01-2025 10:00 - Tem dificuldade em expressar as palavras [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem  
[MANTEVE].

*10-01-2025 10:00 - Referenciar comunicação verbal comprometida ao médico*

##### **08-01-2025 10:00 - Promover comunicação**

*08-01-2025 10:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [Manhã]*

##### **08-01-2025 10:00 - Promover autocontrole: comunicação verbal expressiva**

08-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação

08-01-2025 10:00 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação

10-01-2025 10:00 - facilitador [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de sistemas alternativos de comunicação e a comunicação

08-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o

- momento próprio para intervir.
- 10-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de sistemas alternativos de comunicação e a comunicação  
10-01-2025 10:00 - facilitadora [MELHOROU].
- 08-01-2025 10:00 - Capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação  
08-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 10-01-2025 10:00 - Capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação  
10-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 08-01-2025 10:00 - Autoeficácia para usar sistemas alternativos de comunicação  
08-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 10-01-2025 10:00 - Autoeficácia para usar sistemas alternativos de comunicação  
10-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 08-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de sistemas alternativos de comunicação  
08-01-2025 10:00 - desvaloriza-me.
- 10-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de sistemas alternativos de comunicação  
10-01-2025 10:00 - não dificultador [MANTEVE].

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação**

- 08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação*  
10-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação  
10-01-2025 10:00 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 08-01-2025 10:00 - *Ensinar sobre sistemas alternativos de comunicação [Manhã]*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de sistemas alternativos de comunicação e a comunicação**

- [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00  
08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de sistemas alternativos de comunicação e a comunicação [FIM]*  
10-01-2025 10:00  
10-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de sistemas alternativos de comunicação e a comunicação  
10-01-2025 10:00 - facilitadora [MELHOROU].
- 08-01-2025 10:00 - *Analisar com o cliente a relação entre sistemas alternativos de comunicação e a comunicação [FIM]* 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar**

**sistemas alternativos de comunicação**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação [FIM] 10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação

10-01-2025 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Instruir o uso de sistemas alternativos de comunicação [Manhã]

08-01-2025 10:00 - Treinar uso de sistemas alternativos de comunicação [Manhã]

**10-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para usar sistemas alternativos de comunicação**

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao uso de sistemas alternativos de comunicação**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao uso de sistemas alternativos de comunicação

10-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de sistemas alternativos de comunicação

10-01-2025 10:00 - desvaloriza-me [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Escala Aphasia Rapid Test: 1a. Execução de ordens simples: 0- executa ambas as ordens corretamente 1b. Execução de uma ordem complexa: 0- executa a ordem em menos de 10s 2. Repetição de palavras (anel, tarte, bagagem): anel 0- repetição perfeita \\\ tarte 0- repetição perfeita \\\ bagagem 0- repetição perfeita 3. Repetição de uma frase (o rapaz canta na floresta): 0- repetição perfeita 4. Nomeação de objetos (chave, caneta, calças): chave 1- palavra reconhecível \\\ caneta 1- palavra reconhecível \\\ calças 1- palavra reconhecível 5. Avaliação da disartria: 1 - disartria mínima 6. Fluência verbal semântica (diga o nome do maior número de animais que se lembre num minuto): 3- entre três e cinco palavras Total: 7 pontos

**Deglutição**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

08-01-2025 10:00 - Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição: Vigilância (cliente alerta por mais de 15 minutos) - SIM \\\ Tosse Voluntária - SIM Deglutição da saliva - Deglute com êxito - SIM Sialorreia - NÃO Mudança vocal - NÃO Avaliação especializada da deglutição: Controlo Postural - Consegue controlo da cabeça, pescoço e tronco \\\ Movimentos da cabeça - Consegue flexão, extensão, rotação e inclinação lateral da cabeça \\\ Dentes - Dentição completa \\\ Cavidade oral - sem lesões \\\ Garante controlo da saliva sem sialorreia \\\ Avaliação Lábios (VII facial) - Em repouso - Encerramento completo • Em movimento - Consegue a abertura da boca; Consegue parcialmente a retração - sorriso incompleto; Consegue a protusão - beijo • Residência - Consegue segurar a espátula entre os lábios; Consegue encher as bochechas • Coordenação -Consegue retração/protusão; retração/ protusão \\\ Avaliação Mandíbula (V par craniano - Trigémio) - Consegue realizar a

depressão e elevação • Consegue o encerramento mandibular com força preservada • sem disfunção ATM \\ Avaliação Língua (XII par craniano - Hipoglosso) - • em repouso - Simétrica, sem hipotonia ou hipertonia • em movimento - Consegue supraversão; infraversão; protusão; lateralização anteroposterior • resistência - Resiste à força exercida na vertical; lateral e protusão \\ Avaliação Palato Mole e úvula (IX e X pares cranianos - Glossofaríngeo/Vago) - • em repouso - Simetria e sem desvio da úvula • em fonação - Discreta assimetria na elevação do palato; Sem desvio da úvula \\ Reflexo de vômito, tosse e deglutição presentes \\ Avaliação Laringe - • Qualidade vocal - Voz normal • Intensidade vocal - Mantida • Tempo máximo de fonação mantido • Tosse voluntária - não avaliado o fluxo de tosse • Pigarreio - forte. Avaliação funcional da deglutição: Sem escape oral \\ Tempo de trânsito oral normal \\ Nº de deglutições normal \\ Elevação laríngea normal \\ Saturação de oxigénio - sem dessaturação \\ Qualidade vocal - voz humidificada.

#### **08-01-2025 10:00 - Deglutição comprometida**

08-01-2025 10:00 - Alteração da voz após a deglutição, Tosse associada à deglutição.

#### **08-01-2025 10:00 - Determinar evolução da deglutição**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da deglutição [SOS]

10-01-2025 10:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Alteração da voz após a deglutição, Tosse associada à deglutição.

08-01-2025 10:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico

08-01-2025 10:00 - Pedir colaboração de nutricionista

#### **08-01-2025 10:00 - Prevenir aspiração**

08-01-2025 10:00 - Planear dieta

08-01-2025 10:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [Manhã]

08-01-2025 10:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [Manhã]

#### **08-01-2025 10:00 - Promover autogestão: deglutição**

08-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Capacidade para deglutir: facilitadora.

08-01-2025 10:00 - Autoeficácia para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao treino da deglutição: desvalorização.

#### **08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição

10-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - *Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição [Manhã]*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição**

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição*

10-01-2025 10:00 - *Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].*

08-01-2025 10:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para deglutir**

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da capacidade para deglutir*

10-01-2025 10:00 - *Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [PIOROU].*

08-01-2025 10:00 - *Instruir técnica de deglutição [Manhã]*

08-01-2025 10:00 - *Treinar técnica de deglutição [Manhã]*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao treino da deglutição**

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução do significado atribuído ao treino da deglutição*

10-01-2025 10:00 - *Significado atribuído ao treino da deglutição: desvalorização [MANTEVE].*

08-01-2025 10:00 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador*

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da autogestão da deglutição*

10-01-2025 10:00 - *Adota parcialmente comportamentos de autogestão da deglutição.*

10-01-2025 10:00 - *Refere insatisfação com a autogestão da deglutição mas disponibilidade para melhorar.*

**08-01-2025 10:00 - Promover autogestão: prevenção da aspiração**

08-01-2025 10:00 - *Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

08-01-2025 10:00 - *Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

08-01-2025 10:00 - *Significado atribuído à adequação da dieta: perda de prazer.*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00**

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração [FIM] 10-01-2025 10:00*

10-01-2025 10:00 - *Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].*

08-01-2025 10:00 - *Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição [Manhã] [FIM] 10-01-2025 10:00*

08-01-2025 10:00 - *Ensinar sobre prevenção da aspiração [Manhã] [FIM]*

10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição**

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição*

10-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - *Analisar com o cliente a relação entre a dieta e a deglutição*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à adequação da dieta**

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução do significado atribuído à adequação da dieta*

10-01-2025 10:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: perda de prazer [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador*

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração*

10-01-2025 10:00 - Adota parcialmente comportamentos de prevenção de aspiração.

10-01-2025 10:00 - Refere insatisfação com os comportamentos de prevenção de aspiração mas disponibilidade para melhorar.

**Eliminação intestinal**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

08-01-2025 10:00 - Fezes: em moderada quantidade.

08-01-2025 10:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com fendas na superfície.

08-01-2025 10:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

08-01-2025 10:00 - Número de defecações por dia: 1.

08-01-2025 10:00 - Número de defecações por semana: 4.

08-01-2025 10:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

08-01-2025 10:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

08-01-2025 10:00 - Expulsão controlada de fezes.

**08-01-2025 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

08-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da eliminação intestinal*

10-01-2025 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

**Eliminação urinária**

08-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

10-01-2025 10:00 - Urina em moderada quantidade.

10-01-2025 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

10-01-2025 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

10-01-2025 10:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Reconhece a vontade de urinar.

10-01-2025 10:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

10-01-2025 10:00 - Sem globo vesical.

10-01-2025 10:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

### **Termorregulação**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Temperatura corporal periférica

08-01-2025 10:00 - Ouvido: 36.70 °C.

### **08-01-2025 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Manhã, SOS]

10-01-2025 10:00 - Temperatura corporal periférica

10-01-2025 10:00 - Ouvido: 36.50 °C.

### **Sono**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Dormiu por períodos curtos.

08-01-2025 10:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

08-01-2025 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

08-01-2025 10:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

### **08-01-2025 10:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00**

#### **08-01-2025 10:00 - Determinar evolução do sono**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do sono

10-01-2025 10:00 - Dormiu por períodos longos.

10-01-2025 10:00 - Sono reparador [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [FIM] 10-01-2025 10:00

#### **08-01-2025 10:00 - Melhorar sono [FIM] 10-01-2025 10:00**

08-01-2025 10:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [SOS] [FIM]

10-01-2025 10:00

#### **08-01-2025 10:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono [FIM]**

10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

#### **08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**

**promoção do sono [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Ensinar sobre padrão de sono [Manhã] [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [Manhã] [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [Manhã] [FIM] 10-01-2025 10:00

## **Emoção**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

08-01-2025 10:00 - Sem indícios de euforia.

08-01-2025 10:00 - Não verbaliza ansiedade.

08-01-2025 10:00 - Sem manifestação de inquietação.

08-01-2025 10:00 - Manifestação de irritabilidade.

08-01-2025 10:00 - Sem manifestação de pânico .

### **08-01-2025 10:00 - Humor depressivo**

08-01-2025 10:00 - Desesperança e pessimismo, Autodesvalorização, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades.

### **08-01-2025 10:00 - Determinar evolução do humor**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do humor depressivo

10-01-2025 10:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Desesperança e pessimismo, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Referenciar humor depressivo ao médico

### **08-01-2025 10:00 - Facilitar atividades de autocuidado**

08-01-2025 10:00 - Assistir o cliente a planejar as atividades de autocuidado

### **08-01-2025 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor**

08-01-2025 10:00 - Executar escuta ativa [SOS]

### **08-01-2025 10:00 - Promover autocontrole: humor**

08-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre humor**

**depressivo**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre humor depressivo

10-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - Ensinar sobre humor depressivo [SOS]

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

10-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [SOS]

08-01-2025 10:00 - Assistir o cliente no treino do autocontrolo das emoções

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor

10-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e equilíbrio de humor

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor [FIM] 10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora [MELHOROU].

08-01-2025 10:00 - Analisar a relação entre padrão do sono e equilíbrio de humor [SOS] [FIM] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo**

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo

10-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-01-2025 10:00 - Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o humor depressivo [SOS]

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do humor

10-01-2025 10:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo do humor.

10-01-2025 10:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo do humor mas disponibilidade para melhorar.

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

### **Virar-se**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Capaz de mudar de posição na cama

08-01-2025 10:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

**08-01-2025 10:00 - Virar-se comprometido** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Determinar evolução do virar-se** [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do virar-se [FIM] 10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Capaz de mudar de posição na cama

10-01-2025 10:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

**08-01-2025 10:00 - Assegurar atividades de virar-se** [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Assistir no virar-se [SOS] [FIM] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Prevenir úlcera de pressão** [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [FIM] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Promover autonomia para virar-se** [FIM] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no virar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para virar-se

08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Grades da cama - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Capacidade para virar-se

08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Grades da cama - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-01-2025 10:00 - Autoeficácia para virar-se

08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Grades da cama - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no virar-se** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso

*no virar-se [FIM] 10-01-2025 10:00*

*08-01-2025 10:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do virar-se [FIM]*

*10-01-2025 10:00*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para virar-se [RESOLVIDO]**

*10-01-2025 10:00*

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para virar-se [FIM] 10-01-2025 10:00*

*08-01-2025 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para virar-se [FIM] 10-01-2025 10:00*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para virar-se [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para virar-se [FIM]*

*10-01-2025 10:00*

*08-01-2025 10:00 - Instruir a virar-se [Manhã] [FIM] 10-01-2025 10:00*

*08-01-2025 10:00 - Treinar o virar-se [Manhã] [FIM] 10-01-2025 10:00*

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para virar-se [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para virar-se [FIM]*

*10-01-2025 10:00*

*08-01-2025 10:00 - Treinar o virar-se [Manhã] [FIM] 10-01-2025 10:00*

*08-01-2025 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 10-01-2025 10:00*

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da autonomia para virar-se [FIM] 10-01-2025 10:00*

**Erguer-se**

*10-01-2025 10:00*

*10-01-2025 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical*

*10-01-2025 10:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.*

**Transferir-se**

*10-01-2025 10:00*

*10-01-2025 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas*

*10-01-2025 10:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.*

**10-01-2025 10:00 - Transferir-se comprometido**

**10-01-2025 10:00 - Determinar evolução do transferir-se**

*10-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do transferir-se*

**10-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

*10-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]*

**10-01-2025 10:00 - Promover autonomia para transferir-se**

*10-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.*

*10-01-2025 10:00 - Capacidade para transferir-se*

*10-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

10-01-2025 10:00 - Autoeficácia para transferir-se

10-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

10-01-2025 10:00 - não dificultador.

**10-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se**

*10-01-2025 10:00 - Instruir a transferir-se [Manhã]*

*10-01-2025 10:00 - Treinar a transferir-se [Manhã]*

**10-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se**

*10-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se*

*10-01-2025 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente*

**10-01-2025 10:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

10-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

**Sentar-se**

10-01-2025 10:00

10-01-2025 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

10-01-2025 10:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

10-01-2025 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

10-01-2025 10:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

**Cuidar da higiene pessoal**

08-01-2025 10:00

08-01-2025 10:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

08-01-2025 10:00 - Lava e seca o corpo.

08-01-2025 10:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

08-01-2025 10:00 - Lava e seca parte do corpo.

08-01-2025 10:00 - Lava a cavidade oral.

08-01-2025 10:00 - Aplica produtos de higiene.

08-01-2025 10:00 - Capaz de pentear-se

08-01-2025 10:00 - Penteia-se.

08-01-2025 10:00 - Barbeia-se.

08-01-2025 10:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

08-01-2025 10:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

**08-01-2025 10:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido**

**08-01-2025 10:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal**

*08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal*

10-01-2025 10:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

10-01-2025 10:00 - Lava e seca o corpo [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

10-01-2025 10:00 - Lava e seca parte do corpo [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

10-01-2025 10:00 - Capaz de pentear-se

- 10-01-2025 10:00 - Penteia-se [MANTEVE].
- 10-01-2025 10:00 - Barbeia-se [MANTEVE].
- 10-01-2025 10:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].
- 10-01-2025 10:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

**08-01-2025 10:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal**

- 08-01-2025 10:00 - Assistir no arranjar-se
- 10-01-2025 10:00 - Assistir no tomar banho
- 10-01-2025 10:00 - Assistir no uso do sanitário
- 08-01-2025 10:00 - Dar banho na cama [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Fazer toalete [FIM] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal**

- 08-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

- 08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal [FIM] 10-01-2025 10:00
- 10-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MELHOROU].
- 08-01-2025 10:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do cuidar da higiene pessoal [FIM] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

- 08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se [FIM] 10-01-2025 10:00
- 10-01-2025 10:00 - Capacidade para arranjar-se
- 10-01-2025 10:00 - facilitadora.
- 08-01-2025 10:00 - Instruir a arranjar-se [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Treinar a arranjar-se [FIM] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

- 08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [FIM] 10-01-2025 10:00
- 10-01-2025 10:00 - Capacidade para tomar banho
- 10-01-2025 10:00 - facilitadora.
- 08-01-2025 10:00 - Instruir a tomar banho [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Treinar a tomar banho [FIM] 10-01-2025 10:00

**Vestir-se ou despir-se**

08-01-2025 10:00

- 08-01-2025 10:00 - Capaz de vestir-se
- 08-01-2025 10:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.
- 08-01-2025 10:00 - Capaz de abotoar-se

- 08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Abotoador - Abotoa.  
08-01-2025 10:00 - Capaz de atar cordões  
08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Cordões elásticos - Ata cordões.  
08-01-2025 10:00 - Capaz de calçar meias  
08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Calça/tira meias - Não calça as meias.

**08-01-2025 10:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido**

**08-01-2025 10:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se**

- 08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se*  
10-01-2025 10:00 - Capaz de vestir-se  
10-01-2025 10:00 - Veste todas as peças de roupa [MELHOROU].  
10-01-2025 10:00 - Capaz de abotoar-se  
10-01-2025 10:00 - Abotoa.  
10-01-2025 10:00 - Capaz de atar cordões  
10-01-2025 10:00 - Ata cordões.  
10-01-2025 10:00 - Capaz de calçar meias  
10-01-2025 10:00 - Calça as meias.

**08-01-2025 10:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se**

- 08-01-2025 10:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se*

**08-01-2025 10:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se**

- 08-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.  
08-01-2025 10:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se  
08-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.  
08-01-2025 10:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se  
08-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00

- 08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se*  
[FIM] 10-01-2025 10:00  
10-01-2025 10:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se  
10-01-2025 10:00 - facilitadora [MELHOROU].  
*08-01-2025 10:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se* [FIM] 10-01-2025 10:00  
*08-01-2025 10:00 - Treinar vestir-se ou despir-se* [FIM] 10-01-2025 10:00

**08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se**

**Andar**

- 10-01-2025 10:00  
10-01-2025 10:00 - Capaz de mover-se através da marcha  
10-01-2025 10:00 - marcha sem limitações.

**Alimentar-se**

- 08-01-2025 10:00  
08-01-2025 10:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

- 08-01-2025 10:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.
- 08-01-2025 10:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição
- 08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Mesa para comer na cama - Não prepara os alimentos para a refeição.
- 08-01-2025 10:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição
- 08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Mesa para comer na cama - Organiza os alimentos para a refeição.
- 08-01-2025 10:00 - Alimentar-se comprometido** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Determinar evolução do alimentar-se** [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [FIM] 10-01-2025 10:00
- 10-01-2025 10:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação
- 10-01-2025 10:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].
- 10-01-2025 10:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição
- 10-01-2025 10:00 - Prepara os alimentos para a refeição.
- 10-01-2025 10:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição
- 10-01-2025 10:00 - Organiza os alimentos para a refeição.
- 08-01-2025 10:00 - Assegurar atividades do alimentar-se** [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Providenciar dispositivos para alimentar-se [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Promover autonomia para alimentar-se** [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no alimentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 08-01-2025 10:00 - Capacidade para alimentar-se
- 08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Mesa para comer na cama - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 08-01-2025 10:00 - Autoeficácia para alimentar-se
- 08-01-2025 10:00 - Dispositivo: Mesa para comer na cama - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no alimentar-se** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no alimentar-se [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do alimentar-se [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para alimentar-se** [RESOLVIDO] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para alimentar-se [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Instruir a alimentar-se [FIM] 10-01-2025 10:00
- 08-01-2025 10:00 - Treinar a alimentar-se [FIM] 10-01-2025 10:00

### 3.7. Especificação das intervenções

#### Ensinar sobre padrão de sono

- Ensinar que o sono é um processo neurofisiológico com as características de recuperação, regulação e proteção, afetando uma variedade de funções intrínsecas ao bom funcionamento do organismo (Otsuka et al., 2020);
- Ensinar que o sono, enquanto necessidade básica e vital do organismo, é importante para a manutenção da vigília, recuperação de energia, regulação emocional, endócrina, imunológica e metabólica, renovação celular e plasticidade cerebral (Tononi & Cirelli, 2014);
- Ensinar que o sono é composto por ciclos de sono REM e sono não-REM que se repetem ao longo da noite (Guyton & Hall, 2017);
- Ensinar que um sono regular constitui-se fundamental para o bom funcionamento do organismo, por permitir manter e produzir energia, estabelecer o humor, regular os processos de crescimento celular, regular o sistema imunitário, controlar a temperatura corporal, e ainda regular o sistema respiratório e circulatório (Dinarés et al., 2004).

#### Assistir no virar-se

- Assistir a pessoa a virar-se, utilizando comandos verbais, utilizando os membros superiores para se agarrar as grades da cama e conseguir lateralizar-se;
- Manter o alinhamento corporal;
- Frequência na alternância de decúbitos: a cada duas horas.

#### Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Cumprir com os princípios básicos da execução dos exercícios músculo-articulares: posicionamento da Pessoa em posição confortável assegurando o alinhamento corporal; assegurar posicionamento em padrão antiespástico; respeitar a amplitude articular não ultrapassando o limiar da dor e a sistematização da execução da técnica (membro superior direito);
- Executar técnica em padrão inibitório de espasticidade, em sentido distal-proximal: movimento ativo-assistido com a ajuda de dicas verbais, com padrão de movimento corrigido/completado (membro superior direito) (Rocha, 2020);
- Executar exercícios músculo-articulares ativo-assistido (membro superior direito) respeitando planos e eixos (Rocha, 2020);
- Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (membro superior direito): 1 série de 10 repetições por cada.

#### Avaliar evolução do tônus muscular

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

#### Avaliar evolução da sensibilidade

- Avaliar sensibilidade ao toque leve - Utilizar um algodão ou compressa;
- Avaliar sensibilidade ao estímulo doloroso - Recorrer a um pino de teste ou clipe.

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Avaliar temperatura timpânica

Avaliar evolução da deglutição

- Uma avaliação especializada e diagnóstica da deglutição envolve três momentos: anamnese, exame físico orofacial, avaliação da função da deglutição;
- A utilização de testes de rastreio de disfagia de aplicação rápida, como o teste de rastreio de GUSS, mas com alta sensibilidade e especificidade permitem identificar precocemente pessoas com risco de aspiração;
- A avaliação da capacidade para deglutir inicia-se pelo rastreio, logo que clinicamente possível e antes da ingestão de qualquer líquido, alimento ou medicação.

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- A pessoa deve ficar com cabeceira entre 60-80º pelo menos 30 minutos após a refeição, promovendo a clearance esofágica, esvaziamento gástrico e redução do refluxo (Teasell et al., 2020);
- Uso de estratégias compensatórias posturais: flexão anterior do pescoço; rotação da cabeça para o lado afetado; flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado; inclinação posterior da cabeça (Ribeiro et al., 2021);
- Ensinar a pessoa que durante a alimentação deve manter um correto alinhamento da cabeça e do tronco, na cama deve permanecer em decúbito dorsal, com a cabeceira no mínimo a 60º (Ribeiro et al., 2021).

Posicionar para prevenir a aspiração

- Deve ser realizada uma higiene oral eficaz antes e após cada refeição;
- Realizar inspeção da cavidade oral após as refeições;
- Ensinar a pessoa que durante a alimentação deve manter um correto alinhamento da cabeça e do tronco, na cama deve permanecer em decúbito dorsal, com a cabeceira no mínimo a 60º (Ribeiro et al., 2021);
- Os líquidos devem ser espessados na consistência prescrita, com recurso a espessante à base de goma xantana (Teasell et al., 2020);
- A pessoa que deve permanecer sentado pelo menos 30 minutos após a refeição (Teasell et al., 2020);
- A pessoa que deve manter um ritmo de ingestão pausado (Teasell et al., 2020);
- Durante a refeição os estímulos devem ser minimizados (Teasell et al., 2020).

Instruir exercícios músculo-articulares

- Instruir exercícios ativos através de técnica de automobilização do membro superior direito (membro superior: entrelaçar as mãos com as palmas em contato; estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça, obtendo a protração do ombro) (Rocha et al., 2020).

Treinar exercícios músculo-articulares

- Treinar exercícios músculo-articulares 10 repetições, 1 série (membro superior direito) (Rocha et al., 2020).

#### Instruir a virar-se

- Instruir a pessoa a virar-se usando os membros superiores para se agarrar as grades da cama e conseguir lateralizar-se;
- Manter alinhamento corporal;
- Frequência da alternância de decúbitos: a cada duas horas.

#### Treinar o virar-se

- Treinar a pessoa a virar-se usando os membros superiores para se agarrar as grades da cama e conseguir lateralizar-se;
- Manter alinhamento corporal;
- Frequência da alternância de decúbitos: a cada duas horas.

#### Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Incentivar a pessoa a comunicar (OE, 2018b);
- Executar técnica de treino do discurso (OE, 2018b);
- Providenciar dispositivo auxiliar como os sistemas de comunicação aumentativa e complementar (por objetos, imagens, escrita, tecnologia) (OE, 2018b);
- Providenciar material educativo (OE, 2018b);
- Adaptar estratégias de comunicação não verbal (OE, 2018b);
- Abordar tópicos de comunicação espontâneos que sejam do interesse da pessoa (Hoeman, 2011);
- Incentivar todas as tentativas de expressão verbal, mesmo que as palavras usadas não sejam apropriadas (Hoeman, 2011);
- Repetir perguntas simples e diretas as vezes necessárias, que permitam respostas curtas (Hoeman, 2011);
- Solicitar a pessoa a repetir palavras, se necessário (Hoeman, 2011);
- Realizar exercícios de nomeação de objetos, começando com objetos familiares ("copo", "tesoura" e "relógio") progredindo para objetos menos familiares (Cardoso, 2023);
- Encorajar a pessoa a praticar a fluência verbal em situações do dia a dia, como descrever objetos, contar histórias ou participar em conversas informais (Cardoso, 2023);
- Executar técnica de treino de discurso com a descrição de uma imagem (Cardoso, 2023);
- Nomear o maior número possível de palavras numa determinada categoria (por exemplo, animais, frutas, profissões) por um período (Cardoso, 2023).

#### Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- Ensinar que o sono tem repercussões ao nível do sistema nervoso e de outros sistemas funcionais do corpo, influenciando por consequência, o estado de saúde e a qualidade de vida (Potter & Perry, 2018);
- Ensinar que a falta de sono relaciona-se com o anormal funcionamento do processo de pensamento, podendo inclusive originar alterações comportamentais. O pensamento fica lentificado e a pessoa pode apresentar irritabilidade (Suní & Dimitriu, 2024);
- Ensinar que o compromisso do sono pode ter ainda repercussões ao nível do humor, alterando-o, diminuição do apetite, maior risco de doenças crónicas, fadiga excessiva diurna ou perda progressiva da memória (Gomes, s.d).

#### Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Ensinar que a higiene do sono é o conjunto de práticas e comportamentos que facilitam e promovem hábitos de sono saudáveis e baseiam-se em três pilares fundamentais: o ambiente, o horário e as atividades antes de dormir (OE, 2023);
- Ensinar que deve evitar realizar sestas superiores a 45 minutos (WSS, 2015);
- Ensinar que deve libertar-se de preocupações diárias antes de ir dormir.

#### Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição

- Ensinar a pessoa que, por via do compromisso da deglutição que apresenta, de momento é seguro e eficaz uma dieta pastosa, com líquidos moderadamente espessados;
- Para adequação da dieta e a prevenção da desnutrição e desidratação deve ser solicitada a colaboração da Nutricionista;
- As refeições devem ser preparadas de forma criativa, atrativa com sabor e aroma agradáveis;
- Devido à incapacidade de ingerirem grandes volumes, as refeições devem ter alto valor nutritivo (Branco & Portinha, 2017);
- A textura assume grande importância na elaboração de dietas uma vez que influencia a aceitação dos alimentos e a deglutição;
- Alimentos como arroz seco, frutos e cereais secos, hortaliças e frutas fibrosas, alimentos crocantes devem ser evitados (Branco & Portinha, 2017);
- Espessantes naturais podem ser utilizados, mas existem no mercado fórmulas à base de amido e goma xantana;
- A modificação da consistência dos alimentos é uma técnica de intervenção compensatória em pessoas com disfagia (Ribeiro et al., 2021);
- O Diagrama de IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) fornece uma terminologia comum para descrever a textura dos alimentos e a espessura das bebidas;
- Providenciar livros de receitas dirigidos a pessoas com deglutição comprometida e necessidade de outras consistências - exemplo: "Receitas adaptadas com cor e sabor, consistência cremosa" editado pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

#### Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição

- Ensinar a pessoa que durante a alimentação deve manter um correto alinhamento da cabeça e do tronco, na cama deve permanecer em decúbito dorsal, com a cabeceira no mínimo a 60º (Ribeiro, 2021);
- Ensinar sobre estratégias compensatórias posturais: flexão anterior do pescoço; rotação da cabeça para o lado afetado; flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado; inclinação posterior da cabeça (Ribeiro, 2021).

#### Instruir técnica de deglutição

- Instruir sobre estratégias compensatórias (Ribeiro et al., 2021);
- Instruir sobre estratégias compensatórias posturais: flexão anterior do pescoço; rotação da cabeça para o lado afetado; flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado; inclinação posterior da cabeça (Ribeiro et al., 2021);
- Instruir sobre estratégias compensatórias sensoriais: frio; sabores ácidos; incremento do volume; pressão da colher sobre a língua (Ribeiro et al., 2021);

- Instruir sobre estratégias compensatórias de consistência: líquidos tipo pudim; líquidos tipo mel; líquidos tipo nectar (Ribeiro et al., 2021);
- Instruir sobre exercícios promotores da deglutição: exercícios de resistência muscular dos lábios; exercícios de resistência muscular da língua; exercícios de resistência muscular do palato mole; exercícios de mobilidade laríngea; exercícios de controlo do bolo alimentar (Ribeiro et al., 2021);
- Instruir sobre técnicas de deglutição: tosse voluntária, a pessoa deve tossir eficazmente após a deglutição (Branco & Portinha, 2017).

#### Treinar técnica de deglutição

- Treinar sobre estratégias compensatórias (Ribeiro et al., 2021);
- Treinar sobre estratégias compensatórias posturais: flexão anterior do pescoço; rotação da cabeça para o lado afetado; flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado; inclinação posterior da cabeça (Ribeiro et al., 2021);
- Treinar sobre estratégias compensatórias sensoriais: frio; sabores ácidos; incremento do volume; pressão da colher sobre a língua (Ribeiro et al., 2021);
- Treinar sobre estratégias compensatórias de consistência: líquidos tipo pudim; líquidos tipo mel; líquidos tipo nectar (Ribeiro et al., 2021);
- Treinar sobre exercícios promotores da deglutição: exercícios de resistência muscular dos lábios; exercícios de resistência muscular da língua; exercícios de resistência muscular do palato mole; exercícios de mobilidade laríngea; exercícios de controlo do bolo alimentar (Ribeiro et al., 2021);
- Treinar sobre técnicas de deglutição: tosse voluntária, a pessoa deve tossir eficazmente após a deglutição (Branco & Portinha, 2017).

#### Implementar estratégias de promoção do sono

- Estabelecer um horário / rotina de sono;
- Minimizar estímulos ambientais (ruído / luminosidade).

#### Avaliar evolução da comunicação verbal

- avaliar comprometimento da comunicação verbal através da escala de Aphasia Rapid Test

#### Ensinar sobre sistemas alternativos de comunicação

- Os sistemas alternativos de comunicação engloba diferentes formas de comunicação que substituem ou complementam a fala e/ou a escrita, como gestos, linguagem gestual, quadros com imagens ou palavras, quadros alfabéticos e sistemas de fala sintetizada ou digitalizada. Quando a afasia está presente, é essencial que os quadros de comunicação contemplem imagens de objetos, pessoas, necessidades, ações e expressões faciais, a fim de facilitar o processo comunicativo (Hoeman, 2011).

#### Instruir o uso de sistemas alternativos de comunicação

- Providenciar material como imagens, objetos, escrita ou tecnologia e instruir a pessoa como utilizá-los, exemplificando.

#### Treinar uso de sistemas alternativos de comunicação

- Providenciar material como imagens, objetos, escrita ou tecnologia e instruir a pessoa

como utilizá-los, exemplificando.

#### Ensinar sobre prevenção da aspiração

- Ensinar a pessoa que os líquidos devem ser espessados na consistência prescrita, com recurso a espessante à base de goma xantana (Teasell et al., 2020);
- Ensinar a pessoa que deve permanecer sentado pelo menos 30 minutos após a refeição (Teasell et al., 2020);
- Ensinar a pessoa que deve manter um ritmo de ingestão pausado (Teasell et al., 2020);
- Ensinar a pessoa que durante a refeição devem ser minimizados os estímulos (Teasell et al., 2020);
- Ensinar à pessoa que os sinais de alerta no âmbito da disfagia são alteração da voz, cansaço durante a alimentação, engasgamento, pigarreio, aumento de secreções, sialorreia, tosse durante e/ou após a refeição (Teasell et al., 2020);
- Ensinar à pessoa a "varrer" a cavidade oral após as refeições;
- Capacitar a pessoa para a higiene oral antes e após as refeições.

#### Analisar a relação entre padrão do sono e equilíbrio de humor

- Ensinar que o compromisso do sono pode ter ainda repercussões ao nível do humor, alterando-o, diminuição do apetite, maior risco de doenças crónicas, fadiga excessiva diurna ou perda progressiva da memória (Gomes, s.d);
- Ensinar que um sono regular constitui-se fundamental para o bom funcionamento do organismo, por permitir manter e produzir energia, estabelecer o humor, regular os processos de crescimento celular, regular o sistema imunitário, controlar a temperatura corporal, e ainda regular o sistema respiratório e circulatório (Dinarés et al., 2004).

#### Executar escuta ativa

- Ouvir em toda a plenitude, com corpo e mente ativos (Ferreirinho, 2024);
- Promover a verdadeira compreensão da mensagem, fazendo com que este se sinta ouvido (Ferreirinho, 2024);
- Combinação do uso de técnicas como a empatia, o parafraseamento, a linguagem não verbal, a rotulagem emocional, o silêncio, o redirecionar do diálogo e a validação (Ferreirinho, 2024);
- Fazer o esforço de ouvir o outro, ouvir atentamente o que os outros dizem, prestar atenção e responder a outros (ICNP Browser, 2019).

#### Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o humor depressivo

- Os fatores de risco relacionados com o surgimento da ansiedade e depressão em pessoas após um AVC são diversos e complexos (Barbosa et al., 2022). O desenvolvimento dessas condições de saúde mental pode ser afetado por uma interação de aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Diener et al., 2018);
- Fatores biológicos como a localização da lesão cerebral, sendo o córtex frontal pré-frontal e a amígdala áreas do cérebro envolvidas no controlo das emoções, se afetadas podem contribuir para alterações de humor (Ferraz et al., 2013);
- A componente genética também desempenha um papel importante na predisposição a distúrbios de saúde mental. Pessoas com histórico familiar de ansiedade ou depressão

podem ter uma maior suscetibilidade genética que os torna mais propensos a desenvolver essas condições após um AVC (Silva et al., 2016);

- As reações emocionais imediatas ao evento, como o medo do desconhecido, a confusão perante as mudanças abruptas e a frustração diante das limitações súbitas, podem despoletar gatilhos para sintomas dessas condições (Barros et al., 2020);
- A percepção de perda de autonomia consiste numa experiência emocional comum após um AVC. A dependência repentina de cuidados ou a dificuldade em realizar atividades cotidianas, gera sentimentos de impotência e desespero, contribuindo para o desenvolvimento da ansiedade e da depressão (Ferreira et al., 2020);
- A adaptação às limitações físicas também contribui para um processo desafiador após o evento, com a frustração decorrente da dificuldade em recuperar a independência anterior intensificando a angústia emocional (Trad et al., 2017);
- As mudanças na identidade pessoal também são fatores psicológicos importantes, pessoas que antes eram ativas e independentes podem ver-se numa situação completamente diferente após o AVC. A perda de papéis sociais e a redefinição da própria identidade podem criar conflitos internos e sentimentos de inutilidade (Thrift et al., 2017).

#### Ensinar sobre humor depressivo

- A ansiedade e a depressão podem condicionar significativamente a qualidade de vida da pessoa após AVC (Passarinho & Faria da Silva, 2023);
- Os sintomas mais frequentes manifestam-se por meio de sintomas físicos, como a fadiga, insónia, dores de cabeça e alterações do apetite (Ferraz et al., 2013);
- A sensação de tristeza profunda, apatia e desesperança associada à depressão pode reduzir a motivação para a recuperação (Passarinho & Faria da Silva, 2023);
- A ansiedade e a depressão podem ter um impacto negativo na recuperação funcional da pessoa (Barbosa et al., 2022). A ansiedade pode incrementar a tensão muscular e a preocupação com a própria saúde, interferindo com a reabilitação. Por sua vez, a depressão está relacionada com a redução da motivação e da energia, afetando a adesão ao tratamento e a participação ativa na reabilitação (Thrift et al., 2017).

#### Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- A abordagem da ansiedade e da depressão em pessoas após um AVC constitui uma tarefa complexa que requer uma variedade de estratégias de intervenção. A personalização dos cuidados baseados nas necessidades individuais de cada pessoa; a consciencialização e a educação, juntamente com o apoio contínuo, são essenciais para o bem estar emocional (Passarinho & Faria da Silva, 2023);
- Utilização de combinação de estratégias que podem incluir terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia, farmacoterapia, intervenções sociais, reabilitação física e apoio familiar (Barbosa et al., 2022).

#### Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar força muscular através da escala Medical Research Council (MRC)

#### Avaliar evolução de sinais de dor

- Avaliar dor através da escala numérica

- Avaliar fáceis de dor

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Avaliar consciência através da escala de coma de Glasgow

Executar técnica de mobilização dos músculos da face

- Executar técnica de mobilização da face utilizando um creme para facilitar o deslizar das mãos;
- Executar técnica de mobilização da face (Teasell et al., 2020);
- Executar técnica de mobilização da face (Teasell et al., 2020) no músculo frontal, próceros, grande zigomático, pequeno zigomático, canino, risório e depressor do lábio inferior.

Instruir sobre exercícios musculares da face

- Instruir à pessoa para unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar olhos com força, assobiar, encher a boca de ar, baixar lábio inferior, sorrir e mostrar os dentes (Santos et al., 2020).

Avaliar evolução do equilíbrio estático

- Utilizar instrumentos de apoio à tomada de decisão como o Índice de Tinetti.

Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

- Utilizar instrumentos de apoio à tomada de decisão como o Índice de Tinetti.

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé - alternância unipodal: traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize essa distância em bicos de pés (Ribeiro et al., 2021);
- Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé e treino proprioceptivo: colocar um colchão no chão; pedir à pessoa que entrelace as mãos, foque o caminho olhando em frente e inicie a marcha (Ribeiro et al., 2021);
- Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé - contorno de obstáculos: o controlo da postura em pé exige a modificação dos sistemas sensorial e motor. Treinar o equilíbrio através da marcha, acrescentando a necessidade de ultrapassar obstáculos (Ribeiro et al., 2021);
- Executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico com mudança de rotação: o uso de cores ajuda na mudança de direções. A pessoa começa sentada, com pés apoiados no chão e olhar em frente; depois levanta-se e dirige um dos membros inferiores para a cor indicada pelo EEER e volta a sentar-se, levantando-se novamente quando outra cor for solicitada (Ribeiro et al., 2021).

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé - alternância unipodal: traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize essa distância em bicos de pés (Ribeiro et al., 2021);
- Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé e treino proprioceptivo: colocar um colchão no chão; pedir à pessoa que entrelace as mãos, foque o caminho

olhando em frente e inicie a marcha (Ribeiro et al., 2021);

- Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé - contorno de obstáculos: o controlo da postura em pé exige a modificação dos sistemas sensorial e motor. Treinar o equilíbrio através da marcha, acrescentando a necessidade de ultrapassar obstáculos (Ribeiro et al., 2021);
- Instruir sobre técnica de treino de equilíbrio dinâmico com mudança de rotação: o uso de cores ajuda na mudança de direções. A pessoa começa sentada, com pés apoiados no chão e olhar em frente; depois levanta-se e dirige um dos membros inferiores para a cor indicada pelo EEER e volta a sentar-se, levantando-se novamente quando outra cor for solicitada (Ribeiro et al., 2021).

#### Treinar equilíbrio dinâmico

- Treinar técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé - alternância unipodal: traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize essa distância em bicos de pés (Ribeiro et al., 2021);
- Treinar técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé e treino proprioceptivo: colocar um colchão no chão; pedir à pessoa que entrelace as mãos, foque o caminho olhando em frente e inicie a marcha (Ribeiro et al., 2021);
- Treinar técnica de treino de equilíbrio dinâmico em pé - contorno de obstáculos: o controlo da postura em pé exige a modificação dos sistemas sensorial e motor. Treinar o equilíbrio através da marcha, acrescentando a necessidade de ultrapassar obstáculos (Ribeiro et al., 2021);
- Treinar técnica de treino de equilíbrio dinâmico com mudança de rotação: o uso de cores ajuda na mudança de direções. A pessoa começa sentada, com pés apoiados no chão e olhar em frente; depois levanta-se e dirige um dos membros inferiores para a cor indicada pelo EEER e volta a sentar-se, levantando-se novamente quando outra cor for solicitada (Ribeiro et al., 2021).

#### Instruir a transferir-se

- Instruir técnica de levantar no leito: rodar o tronco para o lado afetado, colocar as pernas fora do leito, apoiando o cotovelo afetado na cama. Elevar o tronco até à posição sentada e colocar os os pés apoiados no chão (Rocha et al., 2020);
- Instruir técnica de transferência: colocar o cadeirão junto à cama (rodas travadas). Apoiar o braço são no cadeirão, rodar e sentar no cadeirão. A transferência para a cama segue os mesmos passos em sentido inverso (Rocha et al., 2020).

#### Treinar a transferir-se

- Treinar técnica de levantar no leito: rodar o tronco para o lado afetado, colocar as pernas fora do leito, apoiando o cotovelo afetado na cama. Elevar o tronco até à posição sentada e colocar os os pés apoiados no chão (Rocha et al., 2020);
- Treinar técnica de transferência: colocar o cadeirão junto à cama (rodas travadas). Apoiar o braço são no cadeirão, rodar e sentar no cadeirão. A transferência para a cama segue os mesmos passos em sentido inverso (Rocha et al., 2020).

#### Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Executar exercícios músculo-articulares ativo-resistido (membro superior direito) respeitando planos e eixos (Rocha et al., 2020);
- Cumprir com os princípios básicos da execução dos exercícios músculo-articulares: posicionamento da Pessoa em posição confortável assegurando o alinhamento corporal; assegurar posicionamento em padrão antiespástico; respeitar a amplitude articular não ultrapassando o limiar da dor e a sistematização da execução da técnica (membro superior direito);
- Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (membro superior direito): 1 série de 10 repetições por cada.

Adequar o vestuário para prevenir queda

- Uso de calçado fechado;
- Uso de calçado antiderrapante.

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Manter enfermaria organizada;
- Campainha ao alcance;
- O EEER deve-se manter sempre próximo da pessoa prestando um apoio próximo se necessário.

Assistir no treino do equilíbrio

- Assistir no treino de equilíbrio dinâmico em pé - alternância unipodal: traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize essa distância em bicos de pés (Ribeiro et al., 2021);
- Assistir no treino de equilíbrio dinâmico em pé e treino propriocetivo: colocar um colchão no chão; pedir à pessoa que entrelace as mãos, foque o caminho olhando em frente e inicie a marcha (Ribeiro et al., 2021);
- Assistir no treino de equilíbrio dinâmico em pé - contorno de obstáculos: o controlo da postura em pé exige a modificação dos sistemas sensorial e motor. Treinar o equilíbrio através da marcha, acrescentando a necessidade de ultrapassar obstáculos (Ribeiro et al., 2021);
- Assistir no treino de equilíbrio dinâmico com mudança de rotação: o uso de cores ajuda na mudança de direções. A pessoa começa sentada, com pés apoiados no chão e olhar em frente; depois levanta-se e dirige um dos membros inferiores para a cor indicada pelo EEER e volta a sentar-se, levantando-se novamente quando outra cor for solicitada (Ribeiro et al., 2021).

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

O presente estudo de caso procurou diagnosticar, planejar, implementar e avaliar um programa de reabilitação do EEER na pessoa com afasia transcortical motora, após AVC, em contexto de internamento numa U-AVC.

Os resultados obtidos, mesmo não tendo sido substanciais, evidenciaram a importância do papel do EEER e da sua intervenção no processo de reabilitação após um evento como o AVC, que apesar do enfoque ter sido a comunicação verbal comprometida, a eficácia deste processo depende de uma abordagem abrangente de todos os aspetos nomeadamente, funções e estruturas do corpo, atividades e participação, visando capacitar as pessoas para realizar o autocuidado de forma autónoma e participar ativamente na sociedade (Gutenbrunner et al., 2022).

Numa transição saúde/doença, que é o caso das pessoas que sofrem um AVC, existe a necessidade de responder às mudanças e adaptar-se à nova situação, implicando o desenvolvimento de novas competências, adquiridas através de conhecimentos e capacidades. A pessoa do caso em questão experienciou esta transição de uma forma negativa, apresentando sentimentos de desvalorização, pessimismo, irritabilidade e perda de prazer na realização de atividades, devido aos défices neurológicos que tinha consciência que apresentava, mas também da fraca qualidade de sono que detinha, tornando-se um foco nesta conceção de cuidados, o sono comprometido e a emoção.

Estes domínios tornaram-se um desafio e um entrave para o processo de reabilitação, ficando claro que o encorajamento, o sentimento de segurança, o reforço positivo e a valorização das conquistas assumem-se como fatores determinantes no sucesso de um programa de reabilitação eficaz (Marques-Vieira & Caldas, 2018). Na segunda sessão, o sono já não se encontrava comprometido e o processo de capacitação tornou-se mais facilitador pela melhoria do humor da pessoa, bem como a aceitação por parte da mesma da sua nova condição.

No que diz respeito à comunicação verbal comprometida, a recuperação é variável e influenciada por características específicas do AVC, tais como o tamanho e a localização da lesão (Turkeltaub, 2019). Acredita-se que a recuperação seja condicionada pela plasticidade neural uma vez que esta permite que outras regiões assumam novos papéis no processamento da linguagem (Wilson & Schneck, 2021). As intervenções implementadas, direcionadas para a comunicação expressiva, providenciaram uma melhoria relativamente à comunicação verbal da pessoa na primeira sessão, contudo não foi possível resolver o diagnóstico em tão pouco tempo e apenas com duas sessões, dado que intervir na afasia, é um processo contínuo e por vezes demorado.

Ao nível da parésia do membro superior direito, após intervenções como a execução de exercícios músculo-articulares ativos-assistidos e instrução de exercícios músculo-articulares (automobilização), foi notória a evolução e a melhoria na força muscular do membro em questão, que permitiu a realização de determinados autocuidados como virar-se, transferir-se, cuidar da higiene pessoal, alimentar-se e sentar-se de forma eficaz. No primeiro momento, pela indicação médica de repouso no leito, não foi possível avaliar o equilíbrio estático e dinâmico, contudo na segunda sessão estes domínios já foram avaliados uma vez que já tinha sido

realizado o primeiro levante. Aferiu-se que tinha equilíbrio estático preservado e equilíbrio dinâmico ligeiramente alterado, com necessidade de intervenção. Não houve oportunidade de monitorização de resultados por não ter ocorrido uma terceira sessão.

A deglutição, constituía um domínio também ele relevante, pela presença de deglutição comprometida e pela necessidade de mudança de consistência da dieta e líquidos, o que se tornou uma problemática pela não aceitação e falta de prazer no momento da alimentação por parte da pessoa. Tornou-se imprescindível o pedido de colaboração da Nutricionista para tornar o prato mais atrativo e apetecível, bem como a implementação de estratégias compensatórias. Apesar de não ter sido resolvida a problemática, a pessoa na segunda sessão já apresentava uma atitude mais facilitadora acompanhada pelo aumento de apetite, garantindo assim uma melhor nutrição e hidratação.

Em suma, foi possível aferir que a comunicação verbal é um domínio essencial para a qualidade de vida da pessoa, dado que esta enfrenta limitações não só ao nível da autonomia, mas também da interação social, com repercussões na saúde mental. Como é mencionado no Regulamento nº392/2019, o EEER desempenha um papel crucial neste contexto, cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida e em todos os contextos da prática de cuidados, capacita a pessoa com deficiência através da limitação da atividade e/ou da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades de cada um.

Esta experiência proporcionou um aumento significativo no conhecimento e capacidades enquanto EEER na reabilitação de pessoas após AVC, especialmente com afasia, reforçando a importância da abordagem centrada na pessoa e da adaptação constante das intervenções para otimizar os resultados, bem-estar e qualidade de vida.



## 4. INTERVENÇÃO À PESSOA COM AFASIA GLOBAL: UM ESTUDO DE CASO

Doente do sexo feminino, com 80 anos de idade. Vive com marido e deambula com auxílio de canadiana por patologia osteoarticular, segundo neto autónoma nas AVD. Antecedentes pessoais: Fibrilhação auricular ; Hipocoagulada com Varfine mas aparente incumprimento; Válvula mecânica em 2004 por doença valvular reumática; patologia osteoarticular, submetida a prótese total da anca em 2018. Admitida no SU por alteração da linguagem e défice motor à direita presenciado pelo marido. AngioTC: trombo em M1 esquerdo, da artéria cerebral média, sem evidência de lesão aguda. Não foi realizada trombólise por dúvida na hipocoagulação. Realizada tromboectomia com recanalização completa. Fica internada na U-AVC por TACI esquerdo, com NIHSS 20 à admissão, para continuação de cuidados.

### 4.1. Enquadramento teórico

Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares (DCV) em 2019, representando a principal causa de morte em todo o mundo. No que diz respeito a Portugal, segundo os dados do (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024), no ano de 2022, o AVC apresentou-se como a maior causa de mortes, com um total de 9 616 óbitos, correspondendo a 7,7% do total de óbitos. Até 2035, Cernadas (2021) prevê que o crescimento do número de óbitos por AVC atinja os 45%. Destes 45%, a previsão europeia é de 34%, com um aumento de 25% nas sequelas de longo prazo entre os sobreviventes de AVC, espelhando o impacto significativo desta doença na saúde pública (Cernadas, 2021).

O AVC distingue-se pela perturbação na irrigação sanguínea, com início súbito e com a instalação de défices neurológicos que perdura por um período superior a 24 horas e com causa aparente de origem vascular (A. M. G. Fernandes et al., 2018). A WHO (2018) identifica três tipos de AVC: o isquémico, a hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnoide. O AVC isquémico é provocado pelo bloqueio de uma artéria que fornece sangue ao cérebro, seja por um coágulo sanguíneo criado diretamente no local do bloqueio, ou por um coágulo sanguíneo parcialmente criado no sistema circulatório, até que o coágulo obstrui a artéria (embolia) (WHO, 2018). No que diz respeito ao AVC hemorrágico, este ocorre devido ao extravasamento de sangue para o tecido cerebral (Freitas et al., 2024). A hemorragia subaracnoide é por sua vez caracterizada por um sangramento arterial, que ocorre no espaço entre as meninges, a pia máter e a membrana aracnoide e inclui sintomas de início súbito tais como cefaleia intensa e,

frequentemente, comprometimento da consciência (WHO, 2018).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2021), é imperativo o reconhecimento precoce dos sinais de alarme e o rápido contacto com a ajuda diferenciada. São múltiplos os fatores de risco cardiovasculares relacionados com esta problemática, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes Mellitus, dislipidemia, obesidade, arritmias (como a fibrilhação auricular), idade avançada, tabagismo e sedentarismo (Machado et al., 2020). O tratamento do AVC agudo exige internamento hospitalar, garantindo cuidados de qualidade e segurança para que o principal objetivo, promover a recuperação funcional da pessoa, simplificando a sua reintegração no ambiente familiar, e sempre que possível, no contexto laboral, seja cumprido (M. F. G. Matos & Simões, 2022).

Após um AVC, os sobreviventes enfrentam desafios significativos e sequelas que dificultam a realização das AVD e comprometem a sua independência funcional (Macedo et al., 2023). Estes podem experienciar mudanças nas funções motoras, sensoriais e/ ou cognitivas. Entre as alterações cognitivas mais frequentes relacionadas com o AVC, que advém da região da artéria cerebral média esquerda, incluem a linguagem (Cardoso, 2023).

A comunicação desempenha um papel essencial na vida humana, abrangendo todas as interações, ações e relações. Na realidade, é por meio da comunicação que compartilhamos emoções, crenças, valores, princípios e atitudes, o que possibilita a expressão de comportamentos num processo contínuo de interação mútua.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018b), a comunicação corresponde a um “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”.

A linguagem constitui um sistema de comunicação que é composto pela fase expressiva, que diz respeito à produção, e a recetiva, que diz respeito à compreensão. As alterações na linguagem podem suceder em ambas as áreas ou apenas numa, afetando a forma, o conteúdo ou a função (S. Hoeman, 2011). Assim sendo, a afasia pode ser definida como um distúrbio de linguagem manifestada pela perda ou diminuição de uma aptidão previamente estabelecida de compreensão e/ ou formulação de linguagem provocada por danos cerebrais, resultante de alterações que advêm das áreas responsáveis pela linguagem e fala, particularmente a área de Wernicke e a área de Broca (Hoeman, 2011).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a afasia é esclarecida como um “defeito ou ausência da função da linguagem para usar e compreender as palavras” (CIPE, 2021).

Decorrente do AVC, a afasia afeta 21% a 38% das pessoas, contribuindo para a redução da qualidade de vida da pessoa, tanto a nível pessoal, como profissional (Tábuas-Pereira et al., 2018). A demonstração desta problemática varia, contudo habitualmente incluem as parafasias

- adição, eliminação ou substituição de fonemas; parafasias verbais – substituição de palavras; neologismos – criação de novas palavras; perseverações – utilização repetida da mesma palavra ou sílaba; agramatismo – frases curtas ou incompletas; anomia – dificuldade em encontrar o nome, verbo ou adjetivo e a complexidade na compreensão de palavras, frases ou discursos (Johansson, 2012). Frequentemente, os problemas relacionados com a linguagem, coincidem com outros défices neurológicos, sendo o exemplo da disfunção motora, perdas sensoriais e dificuldades cognitivas não linguísticas, tais como problemas de memória, das funções executivas ou da pragmática social (Matos, 2012).

A afasia varia bastante de pessoa para pessoa ou até mesmo na própria pessoa, conforme se encontre em fase aguda ou não (Baker et al., 2021; Pedersen et al., 2004). O diagnóstico do tipo de afasia depende de vários fatores, nomeadamente, a abrangência e a localização da lesão, assim como o histórico clínico, as comorbidades relacionadas e a precocidade no acesso a tratamento médico/ reabilitação de qualidade (Fernandes, 2023). Embora, ao longo da história, diversos métodos clínicos de classificação dos subtipos da afasia tenham sido propostos, a terminologia mais amplamente utilizada até hoje é a desenvolvida por Norman Geschwind, Frank Benson, Harold Goodglass e Edith Kaplan em 1960, conhecida como a classificação de Boston. De acordo com essa classificação, a afasia pode ser subdividida em: Afasia de Broca; Afasia Transcortical Motora; Afasia Global; Afasia Transcortical Mista; Afasia de Wernicke; Afasia Transcortical Sensorial; Afasia de Condução e Afasia Anómica. A determinação do tipo de afasia depende da avaliação clínica de aspetos como fluência, compreensão, repetição e nomeação (Sheppard & Sebastian, 2021). Em seguida, através de uma tabela, é apresentada a classificação das síndromes afásicas adaptado de Martins (2013).

	Fluência	Compreensão	Repetição
Transcortical motora		✓	✓
Broca		✓	
Transcortical Mista			✓
Global			
Anômica	✓	✓	✓
Condução	✓	✓	
Transcortical sensorial	✓		✓
Wernicke	✓		

*Tabela 1 - Classificação das síndromes afásicas adaptado de Martins (2013)*

A tabela supracitada não contém o âmbito da nomeação, uma vez que em maior ou menor grau, se encontra perturbada em todos os afásicos (Martins, 2013). Dando ênfase à afasia Transcortical Motora e afasia global, estas são consideradas afasias não fluentes, onde o discurso é de baixo débito, produzido com esforço e constituído por frases curtas ou palavras isoladas, sendo que as pausas são frequentes e longas (Martins, 2013).

A pessoa perde a capacidade de se comunicar verbalmente, tornando-se mais frágil e vulnerável, o que a torna mais suscetível à depressão. Isso pode conceber a sensação de desvantagem social em relação ao cumprimento do seu papel e à satisfação das suas necessidades, além de afetar a realização das AVD, afetando o seu funcionamento e resultando na perda de autonomia e independência (Sequeira, 2016).

A avaliação da afasia pode ser efetuada através de instrumentos, tais como, a escala de Aphasia Rapid Test, desempenhando um papel fundamental na caracterização de pessoas que apresentam alterações cognitivas e/ou de linguagem. Estes instrumentos possibilitam que num curto espaço de tempo, se identifique a presença ou ausência de alterações, permitindo um encaminhamento mais precoce e adequado da pessoa.

Os EEER precisam estar conscientes da relevância em estabelecer o mais precocemente um plano de reabilitação de modo a prevenir sequelas, aumentar a recuperação funcional e a reintegração familiar e social (Santos, 2013). Apesar da impossibilidade em eliminar por completo os obstáculos à comunicação, o EEER deve ser capaz de identificá-los e reduzi-los (Cardoso, 2023).

O processo de reabilitação da pessoa afásica envolve inúmeras intervenções definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018b):

- “Avaliar capacidade para comunicar;
- Incentivar a pessoa a comunicar;
- Executar técnica de treino do discurso;
- Providenciar dispositivo auxiliar como os sistemas de comunicação aumentativa e complementar (por objetos, imagens, escrita, tecnologia);
- Providenciar material educativo;
- Adaptar estratégias de comunicação não verbal.”

Para Hoeman (2011), existem intervenções que simplificam a comunicação, tais como:

- Fornecer um ambiente calmo, tranquilo sem ruídos ou distrações;
- Obter a atenção da pessoa no momento da comunicação;
- Abordar tópicos de comunicação espontâneos que sejam do interesse da pessoa;
- Se a pessoa apresentar sinais de cansaço ou aborrecimento, adiar a conversa;
- Dar tempo à pessoa para processar a informação dita e evitar interrupções;
- Incentivar todas as tentativas de expressão verbal;
- Falar devagar e pausadamente;
- Não usar tom de voz alto;
- Solicitar a pessoa a repetir palavras, se necessário;
- Estimular ao uso de gestos e quadros de comunicação com imagens, especialmente quando a comunicação verbal é impossível;
- Possibilitar erros e corrigir a pessoa quando claramente apropriado.

A reabilitação de uma pessoa com afasia após um AVC não deve ser encarada como um evento pontual ou temporário, mas sim como um processo contínuo de procura por soluções e adaptações que favoreçam uma interação positiva entre a pessoa e o seu ambiente (Cardoso, 2023).

Assim, o EEER deve adotar estratégias que potencializem a capacidade de expressão verbal da pessoa, como: oferecer tempo suficiente para que a pessoa se expresse; repetir a mensagem em voz alta; aceitar toda a forma de pronúncia; evitar interrupções e fornecer palavras quando necessário. Também é importante ensinar à pessoa estratégias para melhorar o discurso, como comunicar de forma calma e clara, incentivar o uso de frases curtas e motivá-lo a escrever ou desenhar mensagens. O EEER deve identificar as frustrações de cada pessoa, reconhecer junto com ele os fatores que facilitam a expressão verbal (como verificar a acuidade auditiva e visual)

e envolver os familiares nas alternativas de comunicação, além de explicar o motivo das reações da pessoa em relação a estes (Cardoso, 2023). Para lidar com a pessoa afásica, é aconselhável estabelecer o contacto visual direto, preservar uma atitude relaxada e sem pressa, falar com um tom normal e calmamente, oferecer tempo para que a pessoa assimile a informação, utilizar gestos adequados para auxiliar a transmitir o significado (Hoeman, 2000).

Na pessoa com afasia após um AVC, a dificuldade em comunicar ou compreender no cotidiano é uma condição persistente que pode coexistir com outras limitações significativas decorrentes do AVC. O seu impacto a nível pessoal, familiar e social é grandemente reconhecido, demandando ajustes constantes por parte daqueles que convivem diretamente com esta realidade. Esta problemática pode ser vivenciada de forma diferente por diversas pessoas, mesmo em circunstâncias que se assemelham. O significado atribuído a essa experiência pode ser positivo, neutro ou negativo. A transição pode ser algo desejado ou não, podendo ser uma escolha pessoal ou imposta (Meleis, 2010).

Cada pessoa é única, e no caso de uma pessoa com AVC em situação de afasia, essa transição dificilmente será desejada, o que lhe atribui um significado negativo. Isso pode influenciar a duração do processo de transição, seja inibindo-o ou prolongando-o. O processo em si refere-se à natureza dinâmica da experiência de transição (Meleis, 2010). Meleis (2010) afirma também que a transição exige que a pessoa adquira novos conhecimentos e desenvolva novas habilidades, com o objetivo de se adaptar melhor à sua nova condição de saúde e doença. Contudo, uma incapacidade, resultado funcional da deficiência, não leva necessariamente à desvantagem, ou pelo menos não a uma desvantagem permanente (Hesbeen, 2003).

A afasia, enquanto incapacidade originada pelo AVC, pode não representar um obstáculo à participação da pessoa no seu ambiente e na sociedade. Meleis (2010) propôs que a transição seja um conceito central da enfermagem, sendo assim, cabe à enfermagem de reabilitação delinear estratégias em conjunto com a pessoa e fornecer-lhe conhecimentos para capacitá-la com habilidades comunicacionais, de modo a evitar que a afasia resulte em desvantagem. De acordo com Meleis (2010), a criação de ambientes saudáveis, tanto no aspeto físico quanto emocional, também é uma intervenção importante da enfermagem durante o processo de transição.

Neste sentido, o EEER, com base nas competências específicas que detêm pelo Regulamento nº 392/2019, pode contribuir neste processo, oferecendo apoio, motivação e métodos de aprendizagem que procuram melhorar a qualidade de vida tanto das pessoas quanto dos seus familiares (Cardoso, 2023).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 80 anos | Feminino

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-22 10:00:00	Bromazepam 3mg oral (24/24h) - 21h	2025-01-28 10:00:00
2025-01-22 10:00:00	Enoxaparina 60mg SC (12/12h) - 9h,21h	
2025-01-22 10:00:00	Metoclopramida 10 mg EV (SOS)	
2025-01-22 10:00:00	Pantoprazol 40mg EV (24/24h) - 7h	
2025-01-22 10:00:00	Paracetamol 1000mg EV (SOS)	
2025-01-22 10:00:00	Quetiapina 50mg oral (24/24h) - 19h	
2025-01-22 10:00:00	Varfarina 5mg oral (24/24h) - 19h	
2025-01-22 10:00:00	Haloperidol 2,5mg EV (SOS)	2025-01-28 10:00:00

### 4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- Os diferentes **psicofármacos** prescritos (**Bromazepam; Quetiapina; Haloperidol**) têm em comum a indução da sonolência, prejudicial para a colaboração da pessoa no processo de reabilitação. Contudo, quando administrados de forma adequada, dado que um foco presente é o sono e este se encontra comprometido, a utilização de fármacos deste grupo terapêutico, permite a otimização do sono, proporcionando uma maior vigilância da pessoa durante o período diurno.
- O **Paracetamol**, enquanto **analgésico**, otimiza a dor, facilitando os cuidados de reabilitação.

## 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

### Atitudes terapêuticas

22-01-2025 10:00

**22-01-2025 10:00 - Repouso no leito** [RESOLVIDO] 28-01-2025 10:00

**22-01-2025 10:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais** [FIM] 28-01-2025 10:00

*22-01-2025 10:00 - Dar banho na cama* [FIM] 28-01-2025 10:00

*22-01-2025 10:00 - Lavar cavidade oral* [FIM] 28-01-2025 10:00

*22-01-2025 10:00 - Vestir/despir* [FIM] 28-01-2025 10:00

**22-01-2025 10:00 - Regime de nada pela boca** [RESOLVIDO] 28-01-2025 10:00

#### **Sondas, Drenos e Cateteres**

28-01-2025 10:00

**28-01-2025 10:00 - Sonda gástrica**

28-01-2025 10:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução da administração pela sonda**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica*

**28-01-2025 10:00 - Assegurar funcionamento da sonda**

*28-01-2025 10:00 - Otimizar sonda gástrica*

**28-01-2025 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica**

*28-01-2025 10:00 - Trocar sonda gástrica*

*28-01-2025 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica*

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

- O repouso no leito constituiu uma atitude terapêutica no início do internamento na U-AVC por indicação médica, pós procedimento de tromboectomia. Após suspensão desta indicação médica, deu-se término a esta atitude terapêutica uma vez que pode realizar levantar do leito.
- Relativamente ao regime de nada pela boca, representava uma atitude terapêutica no início do internamento por indicação médica para jejum. Após suspensão desta indicação médica, foi possível o rastreio da deglutição e início de alimentação.

#### **4.5. Domínios**

##### **Início**

22-01-2025 10:00  
22-01-2025 10:00  
22-01-2025 10:00  
22-01-2025 10:00  
22-01-2025 10:00  
22-01-2025 10:00  
22-01-2025 10:00  
22-01-2025 10:00

##### **Domínios**

Movimento articular  
Força muscular  
Perceção corporal  
Pele e mucosas  
Atitudes terapêuticas  
Vestir-se ou despir-se  
Cuidar da higiene pessoal  
Virar-se

##### **Fim**

Início	Domínios	Fim
22-01-2025 10:00	Sono	
22-01-2025 10:00	Eliminação urinária	
22-01-2025 10:00	Eliminação intestinal	
22-01-2025 10:00	Comunicação verbal	
22-01-2025 10:00	Visão	
22-01-2025 10:00	Sensações somáticas	
22-01-2025 10:00	Função motora fina	
22-01-2025 10:00	Tónus muscular	
22-01-2025 10:00	Consciência	
22-01-2025 10:00	Termorregulação	
28-01-2025 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
28-01-2025 10:00	Alimentar-se	
28-01-2025 10:00	Andar	
28-01-2025 10:00	Sentar-se	
28-01-2025 10:00	Transferir-se	
28-01-2025 10:00	Erguer-se	
28-01-2025 10:00	Deglutição	
28-01-2025 10:00	Equilíbrio dinâmico	
28-01-2025 10:00	Equilíbrio estático	

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

##### Consciência

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2021), a consciência refere-se à resposta mental das percepções geradas pela combinação dos sentidos, mantendo a mente vigilante e sensível ao ambiente externo. O nível de consciência é um indicador importante do grau de lesão cerebral após um AVC, sendo que pontuações mais baixas na Escala de Coma de Glasgow no momento da admissão, juntamente com alterações no estado mental, aumentam o risco de mortalidade (Tareke, 2022).

##### Comunicação verbal

A comunicação comprometida, frequentemente observada em pessoas que sofreram um AVC, ocorre devido a danos nas áreas linguísticas do cérebro, especialmente no hemisfério esquerdo. O hemisfério esquerdo é o responsável pela maior parte das funções linguísticas, como a produção e a compreensão da fala, leitura e escrita. Quando essa região do cérebro é afetada por um AVC, as pessoas podem experimentar dificuldades significativas nas diferentes formas de comunicar, o que pode incluir problemas da fala, dificuldade para encontrar palavras, perda de compreensão da linguagem ou até mesmo incapacidade de manter um discurso coerente. Esse tipo de déficit neurológico é uma das consequências mais prevalentes e debilitantes do AVC, impactando diretamente a capacidade da pessoa em interagir com os outros e de realizar atividades cotidianas de forma independente (LaCroix et al., 2021).

A comunicação, sendo uma habilidade fundamental para a socialização, o emprego e o autocuidado, pode ser gravemente prejudicada após um AVC. Pessoas que sofrem de afasia — uma condição resultante dos danos nas regiões linguísticas do cérebro — podem enfrentar grandes dificuldades em expressar as suas necessidades e pensamentos, o que afeta não apenas a sua qualidade de vida, mas também a sua saúde emocional e psicológica. A frustração e a ansiedade frequentemente surgem à medida que a pessoa reconhece a perda da habilidade em comunicar de forma eficaz, o que pode contribuir para o isolamento social e o agravamento de outras condições de saúde, como a depressão.

Além disso, o comprometimento da comunicação não afeta apenas a pessoa, mas também a sua família e amigos, que podem enfrentar dificuldades na compreensão das suas necessidades e sentimentos da pessoa em questão. Isso pode criar uma barreira significativa para a recuperação, uma vez que a comunicação eficaz é essencial para o processo de reabilitação. Muitas vezes, as pessoas necessitam de explorar novas formas de comunicação, como o uso de tecnologias alternativas, linguagem gestual ou outros dispositivos que auxiliem na expressão e compreensão.

Em termos de reabilitação, o tratamento para a comunicação comprometida após um AVC deve ser individualizado, considerando o tipo e a gravidade do déficit linguístico. O objetivo é auxiliar a pessoa a recuperar ou melhorar as suas capacidades comunicativas, para que este possa retomar uma vida mais interativa. Em diversos casos, podem ser necessários sistemas de comunicação alternativa e aumentativa, que utilizam recursos visuais, como quadros de palavras ou dispositivos eletrônicos, para facilitar a interação. A abordagem multidisciplinar, é essencial para oferecer o suporte necessário à pessoa que enfrenta dificuldades comunicativas após um AVC (Wilson & Schneck, 2021). No caso em análise, a pessoa apresenta afasia global, acarretando desafios acrescidos ao EEER, uma vez que tanto a compreensão como a fluência encontram-se comprometidas.

### **Sono**

A má qualidade do sono aparenta ser algo frequente em pessoas com AVC. O processo de reabilitação, que decorre desde a fase aguda, que é contínuo e perlongado em muitos casos, pode ser comprometido se a pessoa apresentar uma má qualidade do sono ou diferentes distúrbios do sono (Hermann & Bassetti, 2017). Afirma-se que é comum os sobreviventes do AVC apresentarem uma inferior qualidade do sono, traduzindo-se numa redução da qualidade de vida (Wahid et al., 2020). Dada a repercussão negativa dessa condição na saúde, é fundamental adotar estratégias eficazes para aprimorar a qualidade do sono (Luo et al., 2023).

### **Termorregulação**

De acordo com a CIPE (2021), a termorregulação é um processo do sistema regulador que envolve o controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados

pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal. A aquisição da temperatura basal é considerada significativa em quase todas as diretrizes clínicas para pessoas com AVC (Wijeratne et al., 2022).

### **Função motora fina**

O AVC tem um impacto significativo na função neuromuscular, afetando diretamente a coordenação e a aptidão das extremidades, principalmente nas mãos e braços. A maioria das pessoas que sofrem um AVC enfrentam dificuldades motoras, especialmente em relação à parte distal da extremidade superior, como os dedos e a mão, o que compromete a sua capacidade para realizar tarefas diárias e funções básicas de autocuidado (Plantin et al., 2021; Zhao et al., 2022).

Essas deficiências motoras resultam em limitações consideráveis para as pessoas, que podem enfrentar dificuldades para realizar atividades simples como vestir-se, comer ou até mesmo escrever. A recuperação dessas funções motoras é um dos principais focos na reabilitação pós-AVC. Nesse contexto, o treino de destreza manual e motricidade torna-se fundamental. Exercícios específicos para melhorar a força, a coordenação e a precisão dos movimentos das mãos e dedos são cruciais para a recuperação da funcionalidade da extremidade superior.

Além disso, a reabilitação da mão e das funções motoras finas não só melhora a capacidade da pessoa em realizar atividades de autocuidado, mas também contribui significativamente para a sua qualidade de vida e independência. Programas de reabilitação eficazes têm mostrado que, através de um plano de cuidados direcionado, é possível reverter parcialmente ou até mesmo superar as limitações impostas pelo AVC, permitindo às pessoas uma maior autonomia no cotidiano (Alabdulaali et al., 2022).

### **Visão**

A hemianopsia homónima consiste num defeito do campo visual caracterizado pela cegueira total ou parcial nos campos visuais do lado direito ou esquerdo de ambos os olhos, frequentemente causado pelo AVC (Hepworth et al., 2016). A capacidade funcional em atividades diárias, como a mobilidade, a leitura, a condução e a qualidade de vida em geral, pode ser prejudicada por estas alterações no campo visual. A perda de campo visual pode afetar a participação das pessoas na reabilitação e tem sido associada à depressão, ansiedade e isolamento social (Alwashmi et al., 2022).

### **Tónus muscular**

A espasticidade é um distúrbio motor caracterizado pelo aumento do reflexo de estiramento muscular, acompanhado de hipertonia e hiperreflexia, resultante de lesões nos neurónios motores superiores. A neurofisiologia da espasticidade no AVC envolve danos em áreas cerebrais específicas que, ao interromperem os sinais inibitórios normais do cérebro para os

músculos, provocam uma hiperexcitabilidade no reflexo de estiramento e um aumento do tônus muscular (Chacon-Barba, 2024; Lee et al., 2019).

### **Movimento articular**

O movimento corporal, de acordo com o ICNP (2019), constitui um processo do sistema musculoesquelético e refere-se ao “movimento espontâneo; voluntário ou involuntário dos músculos e articulações”. O AVC pode desenvolver uma restrição da amplitude de movimento, manifestação que se transpõe num considerável impacto incapacitante.

A avaliação da amplitude articular é realizada através do goniómetro, um método universalmente recomendado. O goniómetro consiste num equipamento que tem na sua constituição um braço fixo e um móvel, graduado por uma escala compreendida entre os 0-360º ou 0-18º. O registo deve complementar o movimento articular, a articulação e a amplitude em graus, bem como a interpretação do mesmo, realizada através da comparação entre os valores fisiológicos de referência para o movimento e articulação, e a comparação entre as diversas avaliações à pessoa (OE, 2016).

### **Força muscular**

A força muscular pode ser definida como a capacidade de um músculo gerar tensão durante uma contração. A força máxima é a quantidade máxima de força que um grupo muscular consegue produzir num padrão de movimento específico, a uma velocidade determinada. Dado que a força muscular é um fator crucial para a qualidade de vida, é fundamental desenvolver treinos específicos para aprimorá-la (Oliveira, 2023). Após um AVC, cerca de dois terços das pessoas apresentam hemiparesia residual, o que resulta numa incapacidade crónica a longo prazo. O músculo esquelético é considerado o principal responsável pela limitação física na população pós-AVC. Os sobreviventes do AVC com mais de seis meses após o evento, enfrentam uma perda significativa de massa muscular e redução da força muscular, tanto nos membros paréticos quanto nos não afetados (Beckwée et al., 2022).

### **Sensações somáticas**

A função somatossensorial diz respeito à capacidade em perceber, diferenciar e identificar as sensações corporais (Chia et al., 2019). Essa informação sensorial desempenha um papel fundamental na função motora, já que a integração das sensações provenientes da pele, ligamentos, músculos e articulações possibilita a execução de movimentos controlados e precisos dos membros (Yilmazer et al., 2019). Após um AVC, é comum ocorrerem comprometimentos somatossensoriais, os quais afetam de forma significativa a capacidade em realizar AVD de forma autónoma (Turville et al., 2019). Neste caso, a pessoa apresentando afasia global, torna-se difícil testar a sensibilidade. Contudo, segundo a escala NIHSS, deve ser considerada perda sensitiva leve a moderada - a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado - à pessoa torporosa ou afásica. Nestes casos, a avaliação da

sensibilidade deve ser realizada através do estímulo doloroso segundo a escala.

### **Pele e mucosas**

Pessoas que sofreram um AVC estão mais vulneráveis ao aparecimento de lesões cutâneas devido a uma série de fatores, como a imobilidade prolongada e a diminuição da sensibilidade nas áreas afetadas. A imobilização, frequentemente associada à perda de mobilidade, pode aumentar o risco de úlceras de pressão e outras lesões, enquanto a redução da sensibilidade dificulta a percepção de desconforto ou dor, tornando a pele mais suscetível a danos (Teasell et al., 2020). No entanto, no caso em análise, não foram identificadas alterações cutâneas, o que indica que, até o momento, a integridade da pele foi preservada.

### **Autocuidado**

Segundo Orem (2001), o autocuidado é um comportamento individual, autônomo, consciente e deliberado, que envolve ações dirigidas a si mesmo, mas sempre dentro de um contexto social e ambiental. Após um AVC, é fundamental que a pessoa procure recuperar a independência que possuía antes do evento, a fim de retomar o controle sobre as atividades diárias e sua qualidade de vida (Santos et al., 2021). No caso apresentado, foram observadas dificuldades significativas na realização de atividades do autocuidado, apresentando dependência total em todas as áreas.

### **Percepção corporal**

O compromisso na percepção corporal consiste na falha da pessoa em relatar, responder ou orientar estímulos sensoriais apresentados no lado contralateral à lesão cerebral (Teasell et al., 2020). A negligência é mais frequente em lesões cerebrais do hemisfério direito, mas a literatura sugere que todas as pessoas com AVC beneficiam de rastreamento (Menon et al., 2015).

### **Eliminação urinária e intestinal**

As eliminações intestinais e urinárias podem sofrer alterações em pessoas que sofrem um AVC (Cruz et al., 2022). Portanto, torna-se essencial avaliar este domínio, especialmente considerando que a pessoa do caso aqui tratado apresentava incontinência urinária, com necessidade da intervenção do EEER através do treino de hábitos.

### **Deglutição**

Após o AVC, a capacidade do cérebro em controlar movimentos motores pode ser gravemente prejudicada devido a danos nas regiões corticais e subcorticais. Essas áreas do cérebro são responsáveis pela coordenação e controle de diversas funções motoras essenciais, incluindo a movimentação dos músculos orofaríngeos (que estão envolvidos na deglutição) (Munshi & Harwood, 2020). Essas funções são reguladas pelos nervos cranianos, que podem ser afetados diretamente pelas lesões provocadas pelo AVC, resultando num comprometimento do funcionamento desses músculos (Munshi & Harwood, 2020). A consequência disso é que os

músculos envolvidos em processos vitais como a alimentação, podem perder a sua eficácia, resultando em várias dificuldades funcionais e complicações de saúde.

Um dos problemas mais críticos que surgem após o AVC ao nível do controlo motor é a deglutição comprometida, que consiste na dificuldade ou incapacidade de deglutir corretamente. A deglutição comprometida ocorre pela deficiente coordenação dos músculos necessários para a deglutição, o que pode acarretar diversos problemas na saúde da pessoa. Entre as consequências mais imediatas está o risco de pneumonia por aspiração, constituindo um problema particularmente comum em pessoas com AVC, uma vez que a dificuldade em deglutir corretamente aumenta a probabilidade de alimentos ou líquidos ingressarem nas vias aéreas.

Além disso, a deglutição comprometida pode levar à desidratação e à deficiência nutricional, pois a incapacidade de ingerir alimentos e líquidos adequadamente compromete a nutrição da pessoa. Este fator pode condicionar a situação clínica da pessoa, dado que a nutrição adequada é essencial para o processo de reabilitação pós-AVC (Oliveira et al., 2019).

A identificação precoce e a intervenção adequada da deglutição comprometida são fundamentais para minimizar as consequências e melhorar a recuperação. Portanto, a deglutição comprometida representa uma das complicações mais desafiadoras e perigosas após um AVC, exigindo uma abordagem multidisciplinar para garantir que a pessoa receba os cuidados necessários para evitar complicações graves e melhorar a sua qualidade de vida durante o processo de recuperação (Arnold et al., 2016).

### **Equilíbrio estático e dinâmico**

A perda de controlo da mobilidade do tronco representa uma das disfunções mais graves, uma vez que todas as atividades funcionais do corpo dependem do controlo adequado dessa região, que atua como a base para o movimento (Rocha et al., 2020). Os músculos do tronco desempenham um papel fundamental na manutenção do equilíbrio e são indispensáveis para funções básicas, como transferências e marcha. A falta de controlo nesta área compromete a capacidade da pessoa em realizar movimentos cotidianos de forma eficiente e segura.

Alterações comuns no equilíbrio e controlo postural incluem, entre outras, a assimetria excessiva na distribuição de peso, com tendência a sobrecarregar a perna não afetada, a diminuição da estabilidade postural e a dificuldade em realizar ajustes posturais antecipatórios, necessários para se adaptar a mudanças rápidas de movimento (Hugues et al., 2019). Esses problemas estão frequentemente associados a uma redução na capacidade de reagir a estímulos externos, como mudanças no terreno ou em situações que exigem agilidade e ajustes rápidos do corpo.

Adicionalmente, o comprometimento somatossensorial nos membros inferiores tem um impacto negativo significativo no equilíbrio e na marcha. No caso de pessoas que sofreram um AVC,

alterações nas sensações táteis plantares têm sido associadas a pontuações mais baixas em testes de equilíbrio, além de um aumento na oscilação postural enquanto a pessoa está em pé (Chia et al., 2019). A sensação tátil, concomitantemente com o feedback proprioceptivo, é essencial para a percepção do peso suportado pelos membros inferiores. A perda de sensibilidade nessas áreas dificulta a capacidade de perceber e monitorizar adequadamente a carga sobre o membro afetado, o que pode reduzir a confiança e a precisão ao distribuir o peso durante atividades como ficar em pé ou caminhar.

Esse comprometimento no feedback tátil e proprioceptivo pode levar a uma postura inadequada e a uma distribuição de peso desequilibrada, resultando num ciclo vicioso de instabilidade e risco aumentado de quedas (Parsons, 2016). A pessoa com défices sensoriais pode, por exemplo, reduzir a carga sobre o membro parético, o que, por sua vez, diminui a eficiência do movimento e acentua o desequilíbrio postural. Assim, é imperativo que abordagens terapêuticas considerem não apenas a recuperação da mobilidade do tronco, mas também a reabilitação sensorial, para melhorar o controlo postural e a funcionalidade geral da pessoa.

Relativamente ao equilíbrio dinâmico, este refere-se à capacidade do corpo em manter a sua estabilidade enquanto está em movimento, reagindo a distúrbios causados pelo ambiente ao seu redor (Januário & Amaral, 2010). As alterações no equilíbrio dinâmico, resultantes da diminuição da propriocepção e da sensibilidade cutânea, provocam uma redução no controlo postural. Esse controlo é regido por dois objetivos funcionais principais: orientação e estabilidade postural. A orientação postural diz respeito ao controlo ativo do alinhamento corporal, do tónus muscular, das informações visuais do ambiente e das referências internas (Lima et al., 2021).

### **Andar**

A marcha, ou o ato de caminhar, é uma habilidade essencial e fundamental para a autonomia e independência do ser humano. Considerada uma das funções mais desejadas, a capacidade de andar impacta diretamente a qualidade de vida. Quanto mais rapidamente a pessoa consegue superar a dificuldade em caminhar, mais cedo recupera a independência para atividades de autocuidado, o que resulta numa diminuição das despesas e na necessidade de apoio de cuidadores (Abrantes, 2020).

A marcha é uma resposta complexa que merece atenção detalhada por parte dos EEER. Ela é crucial não só por permitir a exploração de diferentes recursos e estratégias de avaliação, mas também por possibilitar o planeamento de intervenções específicas e dirigidas. Trata-se de uma atividade diária que envolve uma integração entre o sistema nervoso, o sistema músculoesquelético e o sistema cardiorrespiratório. O padrão do andar varia de pessoa para pessoa, sendo influenciado por fatores como idade, personalidade e estado emocional (Abrantes, 2020).

## 4.6. Concessão de Cuidados

### Consciência

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

22-01-2025 10:00 - Escala de Coma de Glasgow: Abertura ocular espontânea (4) Sons incomprensíveis (2) Reage a dor mas não localiza (4) Total: 10 pontos

#### **22-01-2025 10:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

#### **22-01-2025 10:00 - Consciência comprometida**

22-01-2025 10:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

28-01-2025 10:00 - Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

22-01-2025 10:00 - Resposta verbal: incomprensível.

28-01-2025 10:00 - Resposta verbal: inapropriada [MELHOROU].

22-01-2025 10:00 - Resposta motora: movimento de retirada à dor.

28-01-2025 10:00 - Resposta motora: localiza a dor [MELHOROU].

#### **22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da consciência**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciência

28-01-2025 10:00 - Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Resposta verbal: inapropriada [MELHOROU].

28-01-2025 10:00 - Resposta motora: localiza a dor [MELHOROU].

22-01-2025 10:00 - Referenciar compromisso da consciência ao médico

#### **22-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

22-01-2025 10:00 - Elevar grades da cama

#### **22-01-2025 10:00 - Prevenir úlcera de pressão**

22-01-2025 10:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [Manhã]

#### **22-01-2025 10:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais**

22-01-2025 10:00 - Dar banho na cama

22-01-2025 10:00 - Lavar cavidade oral

22-01-2025 10:00 - Arranjar o cliente

28-01-2025 10:00 - Alimentar através de sonda gástrica

#### **28-01-2025 10:00 - Assegurar continuidade de cuidados**

28-01-2025 10:00 - Iniciar referência para a RNCCI

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Escala de Coma de Glasgow: Abertura ocular espontânea (4) Inapropriada (3) Localiza a dor (5) Total: 12 pontos

### Força muscular

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Força - contração muscular

22-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o): contração visível ou palpável, mas sem

movimento.

22-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o): ausência de contração visível ou palpável.

22-01-2025 10:00 - Face Direita(o): desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial.

22-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

22-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

### **22-01-2025 10:00 - Paresia**

#### **22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da força muscular**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Manhã]*

#### **22-01-2025 10:00 - Melhorar força muscular**

*28-01-2025 10:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Manhã]*

*22-01-2025 10:00 - Executar técnica de mobilização dos músculos da face [Manhã]*

*22-01-2025 10:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro inferior esquerdo, Membro superior esquerdo) [Manhã]*

*22-01-2025 10:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular passivo (Membro inferior direito, Membro superior direito) [Manhã]*

#### **22-01-2025 10:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares**

22-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-01-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-01-2025 10:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

#### **28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular**

#### **22-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar**

**exercícios músculo-articulares**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares

28-01-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Instruir exercícios músculo-articulares [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [Manhã]

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares**

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

28-01-2025 10:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência. [MANTEVE]

28-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência. [MANTEVE]

28-01-2025 10:00 - Face Direita(o): desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial. [MANTEVE]

28-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo se eliminada a gravidade. [MELHOROU]

28-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo se eliminada a gravidade. [MELHOROU]

**Movimento articular**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Articulação

22-01-2025 10:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.

22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.

22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.

22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

- 22-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Abdução.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Adução.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

22-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

- 22-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.
- 22-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.  
22-01-2025 10:00 - mobilidade articular total.

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da mobilidade articular**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular*

- 28-01-2025 10:00 - Articulação  
28-01-2025 10:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.

28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Abdução.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Adução.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.  
28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].  
28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.

- 28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
- 28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 28-01-2025 10:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
- 28-01-2025 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

### **Tónus muscular**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Tónus

22-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o): hipotonia.

22-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

22-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o): hipotonia.

22-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

### **22-01-2025 10:00 - Espasticidade**

#### **22-01-2025 10:00 - Determinar evolução do tónus muscular**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do tónus muscular (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Manhã]*

28-01-2025 10:00 - Tónus

28-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o): hipotonia.

28-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o): hipotonia.

28-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

*22-01-2025 10:00 - Referenciar espasticidade ao médico*

#### **22-01-2025 10:00 - Evitar agravamento da espasticidade**

*22-01-2025 10:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular passivo (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Manhã]*

*22-01-2025 10:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã]*

*22-01-2025 10:00 - Posicionar em padrão anti-espástico [Manhã]*

*22-01-2025 10:00 - Executar massagem [Manhã]*

### **Função motora fina**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Destreza manual

22-01-2025 10:00 - Direita(o): Não manipula objetos de pequenas dimensões.

22-01-2025 10:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

### **22-01-2025 10:00 - Função motora fina comprometida**

#### **22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da função motora fina**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da função motora fina (Direita(o))*

28-01-2025 10:00 - Destreza manual

28-01-2025 10:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade [MELHOROU].

28-01-2025 10:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

*22-01-2025 10:00 - Referenciar compromisso da função motora fina ao médico*

**28-01-2025 10:00 - Promover adesão: treino da função motora fina**

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao treino da função motora fina: não dificultador.

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina**

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios da função motora fina**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios da função motora fina*

*28-01-2025 10:00 - Instruir exercícios da função motora fina [Manhã]*

*28-01-2025 10:00 - Treinar a função motora fina [Manhã]*

28-01-2025 10:00

**Equilíbrio estático**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Instabilidade postural sentado sem apoio.

28-01-2025 10:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

28-01-2025 10:00 - Índice de Tinetti Equilíbrio sentado : 0 - Inclina-se ou desliza na cadeira  
Levantar-se : 0 - Impossível sem ajuda Tentativas de se levantar : 0 - Incapaz sem assistência Equilíbrio em pé imediato (primeiros 5 segundos): 0 - Instável (cambaleante, arrasta os pés), balanço acentuado do tronco Equilíbrio em pé : 1 - Estável, mas com amplo apoio (calcanhares separados por mais de 10 cm) ou usa bengala ou outro apoio Empurrar (paciente em pé, tronco ereto, pés o mais próximos possível, examinador empurra suavemente o esterno do paciente com a palma da mão 3 vezes): 0 - Começa a cair Olhos fechados (mesma posição de empurrar): 0 - Instável Giro de 360 graus : 0 - Passos descontínuos \ 0 - Instável (oscilações, agarramentos) Sentado: 0 - Inseguro, avalia mal a distância, cai na cadeira Total: 1 ponto

**28-01-2025 10:00 - Equilíbrio estático comprometido**

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [Manhã]*

*28-01-2025 10:00 - Referenciar compromisso do equilíbrio ao médico*

**28-01-2025 10:00 - Melhorar equilíbrio estático**

*28-01-2025 10:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático [Manhã]*

*28-01-2025 10:00 - Assistir no treino do equilíbrio*

**28-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

*28-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]*

**28-01-2025 10:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

28-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda*

**28-01-2025 10:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático**

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: medo de cair.

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio**

*28-01-2025 10:00 - Instruir o treino do equilíbrio estático [Manhã]*

*28-01-2025 10:00 - Treinar equilíbrio estático [Manhã]*

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio*

*28-01-2025 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente*

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio**

**Equilíbrio dinâmico**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.

28-01-2025 10:00 - Índice de Tinetti Equilíbrio sentado : 0 - Inclina-se ou desliza na cadeira  
Levantar-se : 0 - Impossível sem ajuda Tentativas de se levantar : 0 - Incapaz sem assistência Equilíbrio em pé imediato (primeiros 5 segundos): 0 - Instável (cambaleante, arrasta os pés), balanço acentuado do tronco Equilíbrio em pé : 1 - Estável, mas com amplo apoio (calcanhares separados por mais de 10 cm) ou usa bengala ou outro apoio Empurrar (paciente em pé, tronco ereto, pés o mais próximos possível, examinador empurra suavemente o esterno do paciente com a palma da mão 3 vezes): 0 - Começa a cair Olhos fechados (mesma posição de empurrar): 0 - Instável Giro de 360 graus : 0 - Passos descontínuos \ 0 - Instável (oscilações, agarramentos) Sentado: 0 - Inseguro, avalia mal a distância, cai na cadeira Total: 1 ponto

**28-01-2025 10:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido**

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [Manhã]*

*28-01-2025 10:00 - Referenciar compromisso do equilíbrio ao médico*

**28-01-2025 10:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico**

28-01-2025 10:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Assistir no treino do equilíbrio

**28-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

28-01-2025 10:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]

**28-01-2025 10:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico**

28-01-2025 10:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: medo de cair.

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio**

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio

28-01-2025 10:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [Manhã]

**Sensações somáticas**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Sensibilidade profunda

22-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

22-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

22-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

22-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

22-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o)

22-01-2025 10:00 - Com compromisso da sensibilidade propriocetiva.

22-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o)

22-01-2025 10:00 - Com compromisso da sensibilidade propriocetiva.

22-01-2025 10:00 - Sem manifestação de dor.

**22-01-2025 10:00 - Determinar sinais de dor**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Manhã, SOS]

28-01-2025 10:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

**22-01-2025 10:00 - Sensibilidade comprometida**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da sensibilidade**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da sensibilidade [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Sensibilidade profunda

28-01-2025 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

28-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

28-01-2025 10:00 - Membro inferior Direita(o)

28-01-2025 10:00 - Com compromisso da sensibilidade propriocetiva.

28-01-2025 10:00 - Membro superior Direita(o)

28-01-2025 10:00 - Com compromisso da sensibilidade proprioceptiva.

28-01-2025 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

28-01-2025 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade proprioceptiva.

*28-01-2025 10:00 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico*

### **22-01-2025 10:00 - Melhorar sensibilidade**

*22-01-2025 10:00 - Executar estimulação da sensibilidade tátil [Manhã]*

### **22-01-2025 10:00 - Promover autogestão: sensibilidade**

22-01-2025 10:00 - Capacidade para estimular a sensibilidade tátil: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para estimular a sensibilidade tátil: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade*

### **28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para estimular a sensibilidade tátil**

28-01-2025 10:00

#### **Visão**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Acuidade visual

22-01-2025 10:00 - Direita(o): perda parcial aguda.

22-01-2025 10:00 - Esquerda(o): sem compromisso.

### **22-01-2025 10:00 - Visão comprometida**

#### **22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da visão**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da visão (Direita(o))*

28-01-2025 10:00 - Acuidade visual

28-01-2025 10:00 - Direita(o): perda parcial aguda.

28-01-2025 10:00 - Esquerda(o): sem compromisso.

*22-01-2025 10:00 - Referenciar compromisso da visão ao médico*

### **22-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

*22-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]*

#### **Perceção corporal**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Perceção do corpo

22-01-2025 10:00 - Direita(o): não reconhece como seus os membros superior e inferior.

22-01-2025 10:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

### **22-01-2025 10:00 - Negligência unilateral**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da negligência unilateral**

22-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da negligência unilateral (Direita(o))*

28-01-2025 10:00 - Perceção do corpo

28-01-2025 10:00 - Direita(o): não reconhece como seus os membros superior e inferior [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

22-01-2025 10:00 - *Referenciar negligência unilateral ao médico*

**22-01-2025 10:00 - Evitar agravamento da negligência unilateral**

22-01-2025 10:00 - *Executar técnica de estimulação da perceção sensorial (Direita(o)) [Manhã]*

22-01-2025 10:00 - *Estimular perceção sensorial através da gestão do ambiente [Manhã]*

22-01-2025 10:00 - *Estimular perceção sensorial através de massagem (Direita(o)) [Manhã]*

**22-01-2025 10:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares**

22-01-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a perceção do corpo

22-01-2025 10:00 - Direita(o): necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-01-2025 10:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-01-2025 10:00 - *Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares*

**Comunicação verbal**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Não é capaz de se expressar.

22-01-2025 10:00 - Dificuldade na compreensão da mensagem.

22-01-2025 10:00 - Escala Aphasia Rapid Test: 1a. Execução de ordens simples: 1- executa apenas uma ordem corretamente 1b. Execução de uma ordem complexa: 3- não executa a ordem 2. Repetição de palavras (anel, tarte, bagagem): anel 2- não repete ou palavra irreconhecível \\ tarte 2- não repete ou palavra irreconhecível \\ bagagem 2- não repete ou palavra irreconhecível 3. Repetição de uma frase (o rapaz canta na floresta): 2- não repete ou frase irreconhecível 4. Nomeação de objetos (chave, caneta, calças): chave 2- palavra irreconhecível \\ caneta 2- palavra irreconhecível \\ calças 2- palavra irreconhecível 5.

Avaliação da disartria: 3 - disartria severa, incompreensível 6. Fluência verbal semântica (diga o nome do maior número de animais que se lembre num minuto): 4- entre zero e duas palavras Total: 25 pontos

**22-01-2025 10:00 - Comunicação verbal recetiva comprometida**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da comunicação**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [Manhã]

22-01-2025 10:00 - Referenciar comunicação verbal comprometida ao médico

**22-01-2025 10:00 - Promover comunicação**

22-01-2025 10:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [Manhã]

**22-01-2025 10:00 - Comunicação verbal expressiva comprometida**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da comunicação**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Tem dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos [MELHOROU].

28-01-2025 10:00 - Dificuldade na compreensão da mensagem [MANTEVE].

22-01-2025 10:00 - Referenciar comunicação verbal comprometida ao médico

**22-01-2025 10:00 - Promover comunicação**

22-01-2025 10:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [Manhã]

**22-01-2025 10:00 - Promover autocontrolo: comunicação verbal expressiva**

22-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre sistemas alternativos de comunicação

22-01-2025 10:00 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de sistemas alternativos de comunicação e a comunicação

22-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-01-2025 10:00 - Capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação

22-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-01-2025 10:00 - Autoeficácia para usar sistemas alternativos de comunicação

22-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar sistemas alternativos de comunicação**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Escala Aphasia Rapid Test: 1a. Execução de ordens simples: 0- executa ambas as ordens corretamente 1b. Execução de uma ordem complexa: 2- executa a ordem parcialmente parcialmente 2. Repetição de palavras (anel, tarte, bagagem): anel 1- palavra irreconhecível \\  
tarte 1- palavra irreconhecível \\  
bagagem 1- palavra irreconhecível 3. Repetição de uma frase (o rapaz canta na floresta): 3- frase irreconhecível 4. Nomeação de objetos (chave, caneta, calças): chave 2- palavra irreconhecível \\  
caneta 2- palavra irreconhecível \\  
calças 2 - palavra irreconhecível 5. Avaliação da disartria: 2 - disartria moderada, compreensível 6. Fluência verbal semântica (diga o nome do maior número de animais que se lembre num minuto): 4- entre zero e duas palavras Total: 18 pontos

**Deglutição**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

**28-01-2025 10:00 - Deglutição comprometida**

28-01-2025 10:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral, Alteração da voz após a deglutição, Tosse associada à deglutição, Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante a deglutição.

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução da deglutição**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da deglutição [Manhã]*

*28-01-2025 10:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico*

**28-01-2025 10:00 - Prevenir aspiração**

*28-01-2025 10:00 - Inserir sonda gástrica*

*28-01-2025 10:00 - Alimentar através de sonda gástrica*

*28-01-2025 10:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [Manhã]*

**28-01-2025 10:00 - Promover autogestão: deglutição**

28-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao treino da deglutição: risco de aspiração.

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição*

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição*

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para deglutir**

*28-01-2025 10:00 - Instruir técnica de deglutição [Manhã]*

*28-01-2025 10:00 - Treinar técnica de deglutição [Manhã]*

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para deglutir**

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao treino da deglutição**

**Eliminação intestinal**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

22-01-2025 10:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

22-01-2025 10:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

22-01-2025 10:00 - Expulsão não controlada de fezes.

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal*

28-01-2025 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Expulsão não controlada de fezes [MANTEVE].

**22-01-2025 10:00 - Incontinência intestinal**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da incontinência intestinal**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da incontinência intestinal*

*22-01-2025 10:00 - Referenciar incontinência intestinal ao médico*

**22-01-2025 10:00 - Prevenir maceração**

*22-01-2025 10:00 - Executar cuidados de higiene perineal*

**22-01-2025 10:00 - Promover eliminação intestinal**

*22-01-2025 10:00 - Planejar eliminação intestinal [Manhã]*

*22-01-2025 10:00 - Planejar dieta [SOS]*

**Eliminação urinária**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Urina em moderada quantidade.

22-01-2025 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

22-01-2025 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

22-01-2025 10:00 - Transparência da urina: Límpida.

22-01-2025 10:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

22-01-2025 10:00 - Não reconhece a vontade de urinar.

22-01-2025 10:00 - Sem globo vesical.

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária*

28-01-2025 10:00 - Urina em moderada quantidade.

28-01-2025 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

28-01-2025 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária*

28-01-2025 10:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

**22-01-2025 10:00 - Incontinência urinária**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da incontinência urinária**

**22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução**

*22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da incontinência urinária*

**22-01-2025 10:00 - Promover eliminação urinária**

**22-01-2025 10:00 - Executar**

*22-01-2025 10:00 - Planejar eliminação urinária [Manhã]*

**22-01-2025 10:00 - Prevenir maceração**

**22-01-2025 10:00 - Executar**

*22-01-2025 10:00 - Executar cuidados de higiene perineal*

**Pele e mucosas**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

28-01-2025 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**Termorregulação**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Temperatura corporal periférica

22-01-2025 10:00 - Ouvido: 36.70 °C.

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [SOS]

28-01-2025 10:00 - Temperatura corporal periférica

28-01-2025 10:00 - Ouvido: 36.50 °C.

**Sono**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Dormiu por períodos curtos.

22-01-2025 10:00 - Sono não reparador e intermitente .

**22-01-2025 10:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 28-01-2025 10:00**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução do sono**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do sono

28-01-2025 10:00 - Dormiu por períodos longos.

28-01-2025 10:00 - Sono reparador [MELHOROU].

22-01-2025 10:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [FIM] 28-01-2025 10:00

**22-01-2025 10:00 - Melhorar sono [FIM] 28-01-2025 10:00**

22-01-2025 10:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [SOS] [FIM]

28-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Gerir medicação [FIM] 28-01-2025 10:00

**Virar-se**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Capaz de mudar de posição na cama

22-01-2025 10:00 - não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona.

**22-01-2025 10:00 - Virar-se comprometido**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução do virar-se**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do virar-se

28-01-2025 10:00 - Capaz de mudar de posição na cama

28-01-2025 10:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

**22-01-2025 10:00 - Assegurar atividades de virar-se**

22-01-2025 10:00 - Posicionar usando dispositivo

**22-01-2025 10:00 - Prevenir úlcera de pressão**

22-01-2025 10:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [Manhã]

22-01-2025 10:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão

**Erguer-se**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

28-01-2025 10:00 - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

**28-01-2025 10:00 - Erguer-se comprometido**

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução do erguer-se**

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do erguer-se

**28-01-2025 10:00 - Assegurar atividades de erguer-se**

28-01-2025 10:00 - Assistir no erguer-se

**28-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

28-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]

**28-01-2025 10:00 - Promover autonomia para erguer-se**

28-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para erguer-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para erguer-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

28-01-2025 10:00 - não dificultador.

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no erguer-se

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para erguer-se

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se**

28-01-2025 10:00 - Instruir a erguer-se [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Treinar a erguer-se [Manhã]

**Transferir-se**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

28-01-2025 10:00 - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

**28-01-2025 10:00 - Transferir-se comprometido**

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução do transferir-se**

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do transferir-se

**28-01-2025 10:00 - Assegurar atividades de transferir-se**

28-01-2025 10:00 - Assistir no transferir-se

28-01-2025 10:00 - Transferir cliente

**28-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

*28-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]*

**28-01-2025 10:00 - Promover autonomia para transferir-se**

28-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para transferir-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para transferir-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

28-01-2025 10:00 - não dificultador.

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se*

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se*

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se**

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se**

**28-01-2025 10:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

28-01-2025 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda*

*28-01-2025 10:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [Manhã, SOS]*

**Sentar-se**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

28-01-2025 10:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

28-01-2025 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

28-01-2025 10:00 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

**28-01-2025 10:00 - Sentar-se comprometido**

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução do sentar-se**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução no sentar-se*

**28-01-2025 10:00 - Assegurar atividades de sentar-se**

*28-01-2025 10:00 - Assistir no sentar-se*

**28-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

28-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]

**28-01-2025 10:00 - Promover autonomia para sentar-se**

28-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para sentar-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no sentar-se

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se**

28-01-2025 10:00 - Instruir a sentar-se

28-01-2025 10:00 - Treinar o sentar-se

**Cuidar da higiene pessoal**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

22-01-2025 10:00 - Não lava nem seca o corpo.

22-01-2025 10:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

22-01-2025 10:00 - Não lava nem seca parte do corpo.

22-01-2025 10:00 - Não lava a cavidade oral.

22-01-2025 10:00 - Não aplica produtos de higiene.

22-01-2025 10:00 - Capaz de pentear-se

22-01-2025 10:00 - Não se penteia.

22-01-2025 10:00 - Capaz de cortar as unhas

22-01-2025 10:00 - Não corta as unhas.

**22-01-2025 10:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

28-01-2025 10:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

28-01-2025 10:00 - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

28-01-2025 10:00 - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Não lava a cavidade oral [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Capaz de pentear-se

28-01-2025 10:00 - Não se penteia [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Capaz de cortar as unhas

28-01-2025 10:00 - Não corta as unhas [MANTEVE].

**22-01-2025 10:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal**

*22-01-2025 10:00 - Arranjar o cliente*

*22-01-2025 10:00 - Dar banho na cama*

*22-01-2025 10:00 - Lavar cavidade oral*

*22-01-2025 10:00 - Trocar fralda*

**28-01-2025 10:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal**

28-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para arranjar-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para tomar banho

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para arranjar-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para tomar banho

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

28-01-2025 10:00 - não dificultador.

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para tomar banho

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se**

*28-01-2025 10:00 - Instruir a arranjar-se*

*28-01-2025 10:00 - Treinar a arranjar-se*

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho**

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho

28-01-2025 10:00 - Instruir a tomar banho

28-01-2025 10:00 - Treinar a tomar banho

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para arranjar-se**

28-01-2025 10:00

**Vestir-se ou despir-se**

22-01-2025 10:00

22-01-2025 10:00 - Capaz de vestir-se

22-01-2025 10:00 - Não veste todas as peças de roupa.

22-01-2025 10:00 - Capaz de abotoar-se

22-01-2025 10:00 - Não abotoa.

22-01-2025 10:00 - Capaz de atar cordões

22-01-2025 10:00 - Não ata cordões.

22-01-2025 10:00 - Capaz de calçar meias

22-01-2025 10:00 - Não calça as meias.

**22-01-2025 10:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido**

**22-01-2025 10:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se**

22-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se

28-01-2025 10:00 - Capaz de vestir-se

28-01-2025 10:00 - Não veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Capaz de abotoar-se

28-01-2025 10:00 - Não abotoa [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Capaz de atar cordões

28-01-2025 10:00 - Não ata cordões [MANTEVE].

28-01-2025 10:00 - Capaz de calçar meias

28-01-2025 10:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

**22-01-2025 10:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se**

22-01-2025 10:00 - Vestir/despir

**28-01-2025 10:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se**

28-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou despir-se

28-01-2025 10:00 - não dificultador.

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se**

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se

28-01-2025 10:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se

28-01-2025 10:00 - Treinar vestir-se ou despir-se

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se**

28-01-2025 10:00

**Andar**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Capaz de mover-se através da marcha

28-01-2025 10:00 - incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo).

**28-01-2025 10:00 - Andar comprometido**

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução do andar**

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do andar

**28-01-2025 10:00 - Prevenir queda**

28-01-2025 10:00 - Assistir no andar

28-01-2025 10:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Manhã]

28-01-2025 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [SOS]

**28-01-2025 10:00 - Promover autonomia para andar**

28-01-2025 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Capacidade para andar

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Autoeficácia para andar

28-01-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-01-2025 10:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

28-01-2025 10:00 - não dificultador.

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no andar

28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso

*de auxiliar de marcha e a autonomia para andar*

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar*

*28-01-2025 10:00 - Instruir a andar [Manhã]*

*28-01-2025 10:00 - Treinar o andar [Manhã]*

**28-01-2025 10:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar**

*28-01-2025 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente*

**Alimentar-se**

28-01-2025 10:00

28-01-2025 10:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

28-01-2025 10:00 - Não leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

**28-01-2025 10:00 - Alimentar-se comprometido**

**28-01-2025 10:00 - Determinar evolução do alimentar-se**

*28-01-2025 10:00 - Avaliar evolução do alimentar-se*

**28-01-2025 10:00 - Assegurar atividades do alimentar-se**

*28-01-2025 10:00 - Alimentar cliente*

#### 4.7. Especificação das intervenções

Executar técnica de exercício músculo-articular passivo

- (Hemicorpo direito) Executar técnica em padrão inibitório de espasticidade, no sentido distal-proximal, respeitando os limites dor e amplitude articular, bem como planos e eixos flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oponência do polegar; Flexão/extensão do punho, com desvio radial/cubital. Executar 10 repetições, 1 série (Rocha et al., 2020).

Avaliar evolução do tónus muscular

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

Posicionar em padrão anti-espástico

- Posicionar em padrão antispástico decúbito dorsal: colocar o ombro em protração e rotação externa, o membro superior afetado sobre uma almofada na omoplata, o cotovelo e pulso em extensão, o antebraço em supinação, os dedos da mão em extensão e abdução, o quadril está em prostração e flexionado, a perna em rotação interna, o joelho e tornozelo em flexão (Marinho Pinto et al., 2022);
- Posicionar em padrão antispástico decúbito lateral direito (lado afetado): colocar o membro superior afetado apoiado na cama, o ombro em protração e rotação externa, cotovelo em extensão, antebraço em supinação, pulso em extensão, dedos da mão em extensão e abdução, quadril em leve flexão e prostração, membro inferior afetado em rotação interna, joelho e tornozelo em flexão, mantendo o alinhamento corporal (Marinho Pinto et al., 2022);
- Posicionar em padrão antispástico decúbito lateral esquerdo: colocar o membro superior

afetado apoiado numa almofada, ombro em protração e rotação externa, cotovelo e pulso em extensão, dedos da mão em extensão e abdução, quadril em protração e flexão, membro inferior em rotação interna, joelho e tornozelo em flexão, mantendo o alinhamento corporal (Marinho Pinto et al., 2022).

#### Avaliar evolução da sensibilidade

- Avaliar sensibilidade ao toque leve - Utilizar um algodão ou compressa;
- Avaliar sensibilidade ao estímulo doloroso - Recorrer a um pino de teste ou clipe.

#### Avaliar evolução da temperatura corporal

- Avaliar temperatura timpânica

#### Planear dieta

- Dieta rica em fibras, associada ao aumento da ingestão de líquidos e com adição de óleos vegetais, como o azeite, que serve de emoliente.

#### Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Adaptar estratégias de comunicação não verbal (OE, 2018b);
- Providenciar material educativo (OE, 2018b);
- Incentivar a pessoa a comunicar (OE, 2018b);
- Incentivar todas as tentativas de expressão verbal, mesmo que as palavras usadas não sejam apropriadas (Hoeman, 2011);
- Repetir perguntas simples e diretas as vezes necessárias, que permitam respostas curtas (Hoeman, 2011);
- Executar técnica de treino de discurso com a descrição de uma imagem (Cardoso, 2023);
- Promover o espaço físico adequado (sem ruídos; ambiente tranquilo) (Coelho, 2020);
- Garantir a privacidade (Coelho, 2020);
- Potenciar a capacidade da pessoa para comunicar (Coelho, 2020);
- Mostrar imagens para a pessoa nomear (Coelho, 2020);
- Utilizar comunicação não verbal (Coelho, 2020);
- Encorajar a pessoa para repetir palavras (Coelho, 2020);
- Ensinar a utilizar comunicação não verbal (piscar os olhos; sinais com as mãos) (Coelho, 2020);
- Reconhecer os progressos da pessoa, elogiando-a (Coelho, 2020).

#### Implementar estratégias de promoção do sono

- Estabelecer um horário / rotina de sono;
- Minimizar estímulos ambientais (ruído / luminosidade);
- Gerir medicação com a equipa médica.

#### Avaliar evolução da comunicação verbal

- Avaliar comprometimento da comunicação verbal através da escala de Aphasia Rapid Test

#### Executar estimulação da sensibilidade tátil

- Executar estimulação da sensibilidade tátil através da estimulação térmica: aplicação de frio ou calor, no lado afetado, cumprindo medidas de segurança para prevenir lesões na

pele (Ribeiro et al., 2021).

Posicionar para prevenir úlcera de pressão

- Aplicar colchão de pressão alternada;
- Alternância de decúbitos no leito, com frequência de quatro em quatro horas, se uso de colchão de pressão alternada;
- Evitar posicionamentos sobre uma superfície corporal que já esteja ruborizada;
- Controlo de humidade e temperatura - manter a pele limpa e seca;
- Reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída;
- Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável;
- Evitar posicionar o indivíduo em contacto direto com dispositivos médicos, tais como tubos, sistemas de drenagem ou outros objetos estranhos.

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Manter grades da cama elevadas;
- Baixar a cama o mais perto do nível do chão.

Executar massagem

- Executar massagem passiva no sentido distal proximal de modo a manter a circulação sanguínea local eficaz dos membros afetados (Hu & Liu, 2021).

Planear eliminação intestinal

- Executar plano de reeducação intestinal através de manobras de esvaziamento intestinal (Albuquerque et al., 2023);
- A massagem abdominal constitui uma manobra de esvaziamento: produz relaxamento do tónus abdominal e aumenta o peristaltismo. Deve ser realizada de forma sistemática, com a mão aberta ou fechada, com creme/ óleo para facilitar o deslizamento, na região inferior de abdómen, com movimentos circulares, no sentido dos ponteiros do relógio, durante 5 a 10 minutos, duas vezes por dia, aproveitando o reflexo gastrocólico (Albuquerque et al., 2023);
- De igual forma que a massagem abdominal, a massagem perineal também é uma manobra de esvaziamento: realiza-se com movimentos circulares à volta do ânus, com utilização de óleo mineral para lubrificação (Albuquerque et al., 2023);
- Toque retal ou estimulação digito-anal: utilizando luva e lubrificante (óleo ou vaselina) deve introduzir-se o dedo indicador no ânus e realizar movimentos circulares (Albuquerque et al., 2023);
- Medicação laxante: Devem ser usados como coadjuvantes iniciais e em situações particulares (Albuquerque et al., 2023).

Executar técnica de estimulação da perceção sensorial

- Uso de várias técnicas para estimular a pessoa a perceber o seu lado negligenciado;
- Como dicas verbais/visuais/auditivas: pista verbal (a voz do EEER), pista auditiva (algum som como sino), pista visual (apresentar algum objeto que promova a atenção) (Ribeiro et al., 2021);
- Como estimulação térmica: aplicação de frio ou calor, no lado afetado, cumprindo

medidas de segurança para prevenir lesões na pele (Ribeiro et al., 2021).

Estimular percepção sensorial através de massagem

- Realização de massagem no lado afetado, com recurso a creme hidratante, estimulando a percepção sensorial e tátil da pessoa.

Estimular percepção sensorial através da gestão do ambiente

- Otimizar e enriquecer o ambiente em que a pessoa está inserida, com a disposição do mobiliário de forma a potenciar a integração sensorial pelo lado afetado (Ribeiro et al., 2021);
- Elementos como mesa de cabeceira, televisão ou qualquer outro objeto que capte a atenção da pessoa deve ser colocado do lado afetado (Ribeiro et al., 2021);
- Abordar a pessoa, preferencialmente pelo lado afetado, numa perspetiva multisensorial, quer ao nível tátil, quer pela audição (Ribeiro et al., 2021);
- Numa fase aguda, pode ser necessário iniciar a abordagem pelo lado não afetado ou de frente, realizando uma abordagem de forma gradual, passando a linha média progressivamente até se conseguir abordagem pelo lado afetado (Ribeiro et al., 2021).

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar força muscular através da escala Medical Research Council (MRC).

Avaliar evolução de sinais de dor

- Avaliar fáceis de dor

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Avaliar consciência através da escala de coma de Glasgow

Planear eliminação urinária

- Treino de hábitos - consiste no estabelecimento de horários para as micções (2 a 3 horas), de forma a evitar episódios de perdas (Tang et al., 2019);
- Programa de eliminação urinária onde se recorre a técnicas de relaxamento e distração para resistir ou inibir a sensação de vontade de urinar e adiar a micção em períodos crescentes de tempo (Tang et al., 2019);
- O reforço positivo pode ser utilizado para situações de continência urinária e respostas neutras para situações de incontinência (Tang, et al., 2019).

Executar técnica de mobilização dos músculos da face

- Executar técnica de mobilização da face utilizando um creme para facilitar o deslizar das mãos;
- Executar técnica de mobilização da face (Teasell et al., 2020);
- Executar técnica de mobilização da face no músculo frontal, prócero, grande zigomático, pequeno zigomático, canino, risório e depressor do lábio inferior (Teasell et al., 2020).

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Ensinar a pessoa que possui algumas limitações que aumentam o risco de queda, nomeadamente hemiparesia direita e desequilíbrio (Chia et al., 2019).
- Ensinar a pessoa que deve seguir as orientações da equipa de enfermagem e utilizar a

campanha se precisar de alguma coisa.

#### Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Cumprir com os princípios básicos da execução dos exercícios músculo-articulares: posicionamento da pessoa em posição confortável assegurando o alinhamento corporal; assegurar posicionamento em padrão antiespástico; respeitar a amplitude articular não ultrapassando o limiar da dor e a sistematização da execução da técnica;
- Executar técnica em padrão inibitório de espasticidade, em sentido distal-proximal: movimento ativo-assistido no hemicorpo não afetado, com padrão de movimento corrigido/completado no hemicorpo esquerdo (Rocha et al, 2020);
- Executar exercícios músculo-articulares ativo-assistido respeitando planos e eixos no hemicorpo esquerdo (Rocha et al, 2020);
- Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido no hemicorpo esquerdo: 1 série de 10 repetições por cada.

#### Avaliar evolução do equilíbrio estático

- Avaliar através do Índice de Tinetti

#### Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

- Avaliar através do índice de Tinetti.

#### Executar técnica de treino do equilíbrio estático

- Executar treino de equilíbrio estático através de exercícios de rolamento para o lado afetado e contrário (Rocha et al., 2020);
- Executar treino de equilíbrio estático através de exercícios da ponte com almofada no meio dos joelhos (Rocha et al., 2020);
- Executar treino de equilíbrio sentado com transferência de peso para os braços: a pessoa na posição de sentada na lateral da cama, deve ser assistida a colocar os membros superiores em extensão para trás, apoiando-se nas suas mãos (que devem permanecer abertas sob o colchão), incentivando-se a transferência do peso de um membro para o outro (Davies, 2008);
- Executar treino de equilíbrio sentado sem apoio dos braços: solicitar à pessoa para permanecer sentada, sem apoio dos braços, podendo, inclusivamente, fechar os olhos durante alguns segundos nesta posição (Davies, 2008);
- Executar treino de equilíbrio sentar/levantar (Amala & Chippala, 2024).

#### Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- Executar treino de equilíbrio sentado com carga no cotovelo: a pessoa na posição de sentada na lateral da cama deve ser assistida na lateralização do tronco de um lado para o outro, apoiando o peso no cotovelo contrário (Davies, 2008);
- Executar treino de equilíbrio, através da alternância de carga nos membros inferiores: com a pessoa em pé, em frente ao espelho, deve solicitar-se que realize flexão da anca e joelho de um membro e posteriormente de outro (Davies, 2008);
- Executar treino de equilíbrio, através do levantar e sentar, com auxílio do EEER e uma cadeira com apoio de braços.

#### Avaliar evolução da deglutição

- Utilização da escala de GUSS.

#### Posicionar para prevenir a aspiração

- Deve ser realizada uma higiene oral eficaz antes e após cada refeição;
- A pessoa que deve permanecer sentado pelo menos 30 minutos após a refeição (Teasell et al., 2020);
- A pessoa durante a alimentação deve manter um correto alinhamento da cabeça e do tronco, na cama deve permanecer em decúbito dorsal, com a cabeceira no mínimo a 60º, ou sentada no cadeirão (Ribeiro et al., 2021);
- Durante a refeição os estímulos devem ser minimizados (Teasell et al., 2020).

#### Instruir exercícios músculo-articulares

- Instruir exercícios ativos através de técnica de automobilização do membro superior direito (membro superior: entrelaçar as mãos com as palmas em contacto; estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça, obtendo a protração do ombro) (Rocha et al., 2020).
- Instruir exercícios ativos através da técnica de automobilização do membro inferior direito, colocar o membro inferior afetado sobre o membro inferior são, realizando a flexão e extensão dos mesmos, na posição sentada.

#### Treinar exercícios músculo-articulares

- Treinar exercícios ativos através de técnica de automobilização do membro superior direito (membro superior: entrelaçar as mãos com as palmas em contacto; estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça, obtendo a protração do ombro) (Rocha et al., 2020).
- Treinar exercícios ativos através da técnica de automobilização do membro inferior direito, colocar o membro inferior afetado sobre o membro inferior são, realizando a flexão e extensão dos mesmos, na posição sentada.

#### Instruir o treino do equilíbrio estático

- Instruir o treino de equilíbrio estático através de exercícios de rolamento para o lado afetado e contrário (Rocha et al., 2020);
- Instruir o treino de equilíbrio estático através de exercícios da ponte com almofada no meio dos joelhos (Rocha et al., 2020);
- Instruir o treino de equilíbrio sentado com transferência de peso para os braços: a pessoa na posição de sentada na lateral da cama, deve ser assistida a colocar os membros superiores em extensão para trás, apoiando-se nas suas mãos (que devem permanecer abertas sob o colchão), incentivando-se a transferência do peso de um membro para o outro (Davies, 2008);
- Instruir o treino de equilíbrio sentado sem apoio dos braços: solicitar à pessoa para permanecer sentada, sem apoio dos braços, podendo, inclusivamente, fechar os olhos durante alguns segundos nesta posição (Davies, 2008);
- Instruir o treino de equilíbrio sentar/levantar (Amala & Chippala, 2024).

#### Treinar equilíbrio estático

- Treinar o treino de equilíbrio estático através de exercícios de rolamento para o lado afetado e contrário (Rocha et al., 2020);
- Treinar o treino de equilíbrio estático através de exercícios da ponte com almofada no meio dos joelhos (Rocha et al., 2020);
- Treinar o treino de equilíbrio sentado com transferência de peso para os braços: a pessoa na posição de sentada na lateral da cama, deve ser assistida a colocar os membros superiores em extensão para trás, apoiando-se nas suas mãos (que devem permanecer abertas sob o colchão), incentivando-se a transferência do peso de um membro para o outro (Davies, 2008);
- Treinar o treino de equilíbrio sentado sem apoio dos braços: solicitar à pessoa para permanecer sentada, sem apoio dos braços, podendo, inclusivamente, fechar os olhos durante alguns segundos nesta posição (Davies, 2008);
- Treinar o treino de equilíbrio sentar/levantar (Amala & Chippala, 2024).

#### Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Instruir o treino de equilíbrio sentado com carga no cotovelo: a pessoa na posição de sentada na lateral da cama deve ser assistida na lateralização do tronco de um lado para o outro, apoiando o peso no cotovelo contrário (Davies, 2008);
- Instruir o treino de equilíbrio, através da alternância de carga nos membros inferiores: com a pessoa em pé, em frente ao espelho, deve solicitar-se que realize flexão da anca e joelho de um membro e posteriormente de outro (Davies, 2008);
- Instruir o treino de equilíbrio, através do levantar e sentar, com auxílio do EEER e uma cadeira com apoio de braços.

#### Treinar equilíbrio dinâmico

- Treinar o treino de equilíbrio sentado com carga no cotovelo: a pessoa na posição de sentada na lateral da cama deve ser assistida na lateralização do tronco de um lado para o outro, apoiando o peso no cotovelo contrário (Davies, 2008);
- Treinar o treino de equilíbrio, através da alternância de carga nos membros inferiores: com a pessoa em pé, em frente ao espelho, deve solicitar-se que realize flexão da anca e joelho de um membro e posteriormente de outro (Davies, 2008);
- Treinar o treino de equilíbrio, através do levantar e sentar, com auxílio do EEER e uma cadeira com apoio de braços.

#### Instruir a andar

- Quando apresentar um aumento do equilíbrio dinâmico, iniciar treino de marcha, com pequenos passos junto ao leito, apoiando os membros superiores nas grades da cama, sempre com o apoio do EEER.

#### Treinar o andar

- Quando apresentar um aumento do equilíbrio dinâmico, iniciar treino de marcha, com pequenos passos junto ao leito, apoiando os membros superiores nas grades da cama, sempre com o apoio do EEER.

#### Instruir a erguer-se

- Instruir a técnica do erguer-se utilizando métodos adequados (barras de apoio), como manter a base de sustentação adequada e realizar força com os membros superiores na cama para conseguir.

#### Treinar a erguer-se

- Treinar a técnica do erguer-se utilizando métodos adequados (barras de apoio), como manter a base de sustentação adequada e realizar força com os membros superiores na cama para conseguir.

#### Instruir técnica de deglutição

- Instruir técnica de deglutição através de mudanças posturais: pretendem facilitar a deglutição através da mudança das dimensões faríngeas e do fluxo gravitacional do alimento. Incluem-se numa abordagem compensatória da deglutição (Branco & Portinha, 2017);
- Instruir mudanças posturais: cabeça em flexão; cabeça em extensão; cabeça em flexão e seguidamente em extensão; cabeça em rotação para o lado lesado; cabeça em inclinação para o lado não lesado; cabeça em flexão e rotação para o lado lesado (Branco & Portinha, 2017);
- Instruir técnica de deglutição através da estimulação sensorial. Faz parte de uma abordagem compensatória. A estimulação térmica e táctil envolvem diferentes modalidades de toque, pressão e temperatura externamente, nos músculos faciais, bem como intra oralmente, interferindo na fase preparatória, fase oral e faríngea da deglutição (Branco & Portinha, 2017);
- Icing: Minimiza o atraso do início da deglutição e promove um maior controlo da saliva e bolo alimentar. O enfermeiro deve manter contacto com os pilares das fauces, zona posterior da faringe e cavidade oral. O efeito é muito curto pelo que após a estimulação deve ser dado o comando para o doente deglutir de imediato (Branco & Portinha, 2017);
- Brushing - Escovagem manual rápida, com escova macia e proceder da mesma forma do que o gelo (Branco & Portinha, 2017);
- Vibração - Estimulação vibratória sobre a mucosa oral ou músculo que se pretende estimular (Branco & Portinha, 2017);
- Stroking - massagem unidirecional da zona proximal para distal. Uma massagem mais leve e lenta reduz o tônus muscular, enquanto uma massagem mais rápida e profunda aumenta o tônus (Branco & Portinha, 2017);
- Instruir exercícios para estruturas faríngeas como exercícios de adução vocal; exercícios ROM para a orofaringe (Branco & Portinha, 2017);
- Instruir exercícios de elevação laríngea e encerramento glótico através da execução de exercícios com sons oclusivos; exercícios de falsete; exercícios de vibração lingual; exercícios de melodia (Branco & Portinha, 2017).

#### Treinar técnica de deglutição

- Treinar técnica de deglutição através de mudanças posturais: pretendem facilitar a deglutição através da mudança das dimensões faríngeas e do fluxo gravitacional do alimento. Incluem-se numa abordagem compensatória da deglutição (Branco & Portinha,

2017);

- Treinar mudanças posturais: cabeça em flexão; cabeça em extensão; cabeça em flexão e seguidamente em extensão; cabeça em rotação para o lado lesado; cabeça em inclinação para o lado não lesado; cabeça em flexão e rotação para o lado lesado (Branco & Portinha, 2017);
- Treinar técnica de deglutição através da estimulação sensorial. Faz parte de uma abordagem compensatória. A estimulação térmica e táctil envolvem diferentes modalidades de toque, pressão e temperatura externamente, nos músculos faciais, bem como intra oralmente, interferindo na fase preparatória, fase oral e faríngea da deglutição (Branco & Portinha, 2017);
- Icing: Minimiza o atraso do início da deglutição e promove um maior controlo da saliva e bolo alimentar. O enfermeiro deve manter contacto com os pilares das fauces, zona posterior da faringe e cavidade oral. O efeito é muito curto pelo que após a estimulação deve ser dado o comando para o doente deglutir de imediato (Branco & Portinha, 2017);
- Brushing – Escovagem manual rápida, com escova macia e proceder da mesma forma do que o gelo (Branco & Portinha, 2017);
- Vibração – Estimulação vibratória sobre a mucosa oral ou músculo que se pretende estimular (Branco & Portinha, 2017);
- Stroking – massagem unidirecional da zona proximal para distal. Uma massagem mais leve e lenta reduz o tónus muscular, enquanto uma massagem mais rápida e profunda aumenta o tónus (Branco & Portinha, 2017);
- Treinar exercícios para estruturas faríngeas como exercícios de adução vocal; exercícios ROM para a orofaringe (Branco & Portinha, 2017);
- Treinar exercícios de elevação laríngea e encerramento glótico através da execução de exercícios com sons oclusivos; exercícios de falsete; exercícios de vibração lingual; exercícios de melodia (Branco & Portinha, 2017).

#### Treinar a função motora fina

- Treinar a pessoa a realizar modelagem com plasticina;
- Treinar a pessoa para que rasgue papel em pedaços pequenos e que tente fazer bolas pequenas;
- Treinar a pessoa a pegar em pequenas peças e colocar noutra local;
- Treinar a pessoa a agarrar e soltar objetos com o primeiro e segundo dedo em pinça (Térémetz et al., 2023);
- Treinar a pessoa a realizar lavagem das mãos minuciosa (Térémetz et al., 2023).

#### Instruir exercícios da função motora fina

- Instruir a pessoa que realize modelagem com plasticina;
- Instruir a pessoa que rasgue papel em pedaços pequenos e que tente fazer bolas pequenas;
- Instruir a pessoa a pegar em pequenas peças e colocar noutra local;
- Instruir a pessoa a agarrar e soltar objetos com o primeiro e segundo dedo em pinça (Térémetz et al., 2023);
- Instruir a pessoa a realizar lavagem das mãos minuciosa (Térémetz et al., 2023).

Adequar o vestuário para prevenir queda

- Uso de calçado fechado;
- Uso de calçado antiderrapante.

#### **4.8. Síntese relativa ao caso**

O estudo de caso em análise procurou diagnosticar, planejar, implementar e avaliar um programa de reabilitação do EEER na pessoa com afasia global, após AVC, em contexto de internamento numa U-AVC. Os resultados obtidos, de igual modo que o primeiro estudo de caso apresentado, apesar de não se ter verificado alterações após as intervenções em todos os domínios, demonstrou a importância do papel do EEER e da sua intervenção no processo de reabilitação após um evento como o AVC.

A comunicação verbal encontrava-se severamente comprometida, uma vez que a afasia global acarreta dificuldades quer na produção de linguagem como na compreensão, tornando-se um desafio e um entrave para o processo de reabilitação, principalmente na capacitação da pessoa, pela dificuldade na compreensão que esta apresenta. Na segunda sessão, já foi possível a capacitação em algumas áreas, uma vez que existiu uma evolução significativa na comunicação verbal da pessoa, apresentando uma maior compreensão da linguagem comparativamente com a primeira sessão. A recuperação é variável e influenciada por características específicas do AVC, tais como o tamanho e a localização da lesão (Turkeltaub, 2019). Acredita-se que a recuperação seja condicionada pela plasticidade neural uma vez que esta permite que outras regiões assumam novos papéis no processamento da linguagem (Wilson & Schneck, 2021).

No contexto da hemiparésia direita, após a implementação de intervenções terapêuticas, como a realização de exercícios músculo-articulares passivos, observou-se uma evolução significativa e uma melhoria na força muscular do hemicorpo afetado. Inicialmente, devido à indicação médica de repouso no leito, não foi possível proceder com a avaliação dos domínios - equilíbrio estático e dinâmico. Contudo, na segunda sessão, esses aspectos puderam ser avaliados, uma vez que a pessoa já apresentava condições para realizar o levante. Durante a avaliação, constatou-se a presença de comprometimento no equilíbrio estático, o que, por conseguinte, resultou num prejuízo substancial no equilíbrio dinâmico, sendo necessária a implementação de intervenções terapêuticas específicas para a reabilitação destas áreas. Por apresentar alterações significativas nos domínios do equilíbrio estático e dinâmico, o andar também se encontrava prejudicado.

Inicialmente, devido à orientação médica de jejum pós-procedimento, não foi possível realizar o rastreio da deglutição. Após a suspensão desta medida, ou seja, na segunda sessão, tivemos a oportunidade de aplicar a escala de GUSS para realizar o rastreio da deglutição, observando-se

a presença de comprometimento severo desta, com indicação de risco significativo de aspiração, impossibilitando a alimentação oral. Em decorrência desse quadro, foi necessária a colocação de sonda nasogástrica (SNG), visando garantir uma nutrição e hidratação adequadas. Nesse contexto, foram implementadas intervenções terapêuticas focadas no treino de deglutição, que não envolviam a ingestão de alimentos diretamente, mas sim técnicas de estimulação e estratégias compensatórias, incluindo alterações posturais, para promover uma recuperação funcional da deglutição e minimizar riscos associados.

Relativamente às sensações somáticas, a avaliação da sensibilidade torna-se desafiadora em pessoas com afasia global, dado que a comunicação verbal e a colaboração da mesma, durante o processo de avaliação, estão substancialmente comprometidas. No entanto, de acordo com a escala NIHSS, em pessoas afásicas ou torporosas, a avaliação deve ser realizada através do estímulo doloroso, permitindo a mensuração da resposta somática. Adicionalmente, deve ser atribuída a pontuação de um valor, que equivale à perda sensitiva leve a moderada.

A referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) constitui-se um momento importante neste processo de cuidados especializados à pessoa, uma vez que como EEER participamos no processo de referenciação, em articulação com a equipa médica e assistentes sociais, com a finalidade de preparar a alta de forma eficaz. Dada a dependência severa nos autocuidados, corroborando com os défices neurológicos que apresentou após AVC, foi necessária a iniciação deste processo de referenciação pela necessidade de continuação de cuidados especializados, nomeadamente na reabilitação.

Considerando o impacto significativo da afasia na qualidade de vida e no processo de reabilitação pós-AVC, é fundamental realizar a identificação precoce da mesma. Isso permite a implementação de orientações adequadas e a introdução de intervenções precoces, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa, promovendo a sua capacitação para as AVD e otimizando os resultados do plano de cuidados de reabilitação pós-AVC. Diversos autores apontam os benefícios de iniciar a terapia de linguagem o quanto antes, destacando que a avaliação da afasia durante a fase aguda do AVC pode ser um passo importante para o planeamento de intervenções terapêuticas em tempo oportuno (Furlanis et al., 2018). O EEER tem um papel essencial neste processo, oferecendo suporte contínuo, orientação e acompanhamento à pessoa, além de colaborar estreitamente com a equipa multidisciplinar envolvida na reabilitação.

## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

### **Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

A Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista (EE) como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento Nº 140/2019, 2019).

A atribuição do título de EE exige, além da comprovação das competências descritas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que os profissionais possuam um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde.

O conjunto de competências especializadas carece do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. A certificação dessas competências, atesta que o EE detenha um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, considerando as necessidades de saúde do grupo-alvo, são mobilizadas para atuar em diversos contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção.

Por conseguinte, as competências comuns são competências, partilhadas por todos os EE, independentemente da área de especialidade, apresentadas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e para além disso, através de um suporte efetivo ao exercício profissional no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Em suma, as competências comuns dividem-se em quatro diferentes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e por último, desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Os diferentes domínios serão abordados por subcapítulos, numa perspetiva descritiva e crítico-reflexiva, demonstrando a pertinência e a aplicação prática nos cuidados de saúde especializados.

#### Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, estas remetem-se para o desenvolvimento de uma prática profissional, na área da especialidade, que se encontre em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento Nº140/2019, 2019).

O EE desenvolve uma prática profissional ética e legal, agindo sempre de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos. Desta forma, a competência aqui tratada é assente

num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, assim como numa avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa.

Assim sendo, o EE deve ter como principais pilares da sua prática: o artigo 99º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) da OE (2015a), assim como o Código Deontológico (OE, 2015b), que se completam para uma melhor conduta do profissional. O primeiro documento mencionado define orientações imprescindíveis para a prática de enfermagem, realça a importância de valores éticos e universais e a realização de intervenções de enfermagem centradas num ideal: a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Conseguimos assim definir cinco valores universais que devem ser adotados: a igualdade, para que todas as pessoas sejam tratadas da mesma forma; a liberdade responsável, permitindo ao enfermeiro tomar decisões de forma autónoma e consciente, tendo em conta o bem comum; a verdade e a justiça, garantindo uma prática baseada na imparcialidade e integridade; o altruísmo e solidariedade, demonstrando empatia para com o outro, colocando o bem-estar acima de interesses pessoais, e por fim, a competência e o aperfeiçoamento profissional, tornando basilar a prática baseada na melhor evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No que diz respeito ao código deontológico, este sustenta que o EE deve valorizar a vida da pessoa e o respeito à sua dignidade e aos seus direitos, promovendo a individualidade, privacidade e a confidencialidade dos cuidados prestados. O mesmo também remete para a responsabilidade profissional do enfermeiro, comprometendo-se com a atualização contínua de conhecimentos, a promoção da justiça e equidade no cuidado, competências que tivemos oportunidade de desenvolver e aplicar ao longo dos momentos de estágio (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Em suma, este conjunto de valores realça o compromisso ético e moral dos EE, que apesar de serem competências inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais, estas foram aprofundadas e reconsideradas no contexto de prestação de cuidados especializados. Torna-se essencial uma prática que respeite os direitos humanos e a dignidade, promovendo de igual modo um ambiente de cuidado e responsabilidade social.

No decorrer dos estágios, destacou-se a promoção de uma prática clínica e tomada de decisão de acordo com valores éticos e normas deontológicas, incentivando uma reflexão crítica sobre o processo de tomada de decisão, colaborando com os enfermeiros tutores. Da mesma forma que a privacidade da pessoa foi respeitada, aquando da realização de intervenções, a confidencialidade dos dados respetivos a cada pessoa também.

#### Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No que diz respeito às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, estas referem-se à garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas

estratégicas institucionais na área da governação clínica; ao desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e à garantia de um ambiente terapêutico seguro (Regulamento Nº 140/2019,2019).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde implica um esforço diário para que os cuidados sejam de facto efetivos e seguros, que a utilização de recursos seja suficiente, a prestação de cuidados seja equitativa, e que satisfaça as pessoas correspondendo tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas, no intuito de promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, assim como a segurança e adequação com que esses cuidados são prestados (Marques, 2018).

O EE utiliza a evidência científica e instrumentos para monitorizar a prática clínica, a fim de definir metas a alcançar para promover a prestação de cuidados, assegurando o cumprimento de padrões de qualidade. Este desempenha também um papel crucial junto das equipas de saúde, através da partilha de conhecimentos e promovendo um ambiente de aprendizagem contínua (Regulamento Nº140/2019, 2019).

No decorrer do estágio, não tivemos contacto com nenhum projeto de melhoria contínua que estivesse a ser implementado nos serviços, contudo, procurámos integrar-nos com os protocolos estabelecidos em cada serviço, com o objetivo de os aplicar e adequar os cuidados prestados, do mesmo modo que, para além de acompanharmos as dinâmicas e desafios de cada serviço, podemos contribuir no desenvolvimento de estratégias de melhoria, através da partilha de experiências, práticas e conhecimentos adquiridos noutros campos de estágio, complementado e enriquecendo as práticas realizadas.

Algo que pensamos ter contribuído para o desenvolvimento de estratégias de melhoria foi com a concretização do flyer anteriormente mencionado neste documento, dado que o recurso a materiais educativos, como é o exemplo dos flyers, desempenham um papel fulcral na promoção de programas de reabilitação eficazes (Martins, 2022). O flyer desenvolvido teve como principal objetivo corrigir uma lacuna que identificamos no serviço de ortopedia, a fim de melhorar os cuidados prestados, contribuindo para uma reabilitação mais segura.

É também de extrema importância a garantia de um ambiente terapêutico e seguro, apresentando-se como responsabilidade do EE a prestação de cuidados num contexto favorável à recuperação (Romão, 2023). O Plano Nacional de Segurança dos Doentes de 2021-2026, assenta em 5 pilares fundamentais: cultura e segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes e práticas seguras em ambientes seguros, realça a importância em promover a segurança da pessoa na prestação de cuidados, independentemente do contexto.

Um exemplo concreto que podemos explanar é a prevenção de quedas, encarado como um indicador de qualidade em saúde e um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a

Segurança dos Doentes. Ao longo dos estágios, foram realizados vários treinos de marcha, assim como de equilíbrio, e foi necessário garantirmos medidas de segurança, tais como a gestão do ambiente físico, a utilização do auxiliar de marcha adequado e também o uso de calçado fechado. O EEER é responsável por desenvolver programas de reabilitação, de acordo com os fatores de risco identificados, que eliminem ou diminuam a sua influência (Fernandes et al., 2020).

Ficou claro que a busca contínua pela melhoria é essencial para aprimorar os padrões de cuidados de saúde, promover a satisfação das pessoas e criar um ambiente de trabalho mais seguro e atualizado para os profissionais, o que fundamentou a opção por este processo formativo.

#### Competências do domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados de enfermagem, o EE procura desempenhar a função de otimizar as respostas da equipa de enfermagem, promovendo a colaboração e a sinergia com os demais elementos da equipa de saúde, utilizando como estratégias a assessoria, colaboração, orientação, referenciação e supervisão (Regulamento Nº 140/2019, 2019).

As competências aqui tratadas passam pela gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, garantindo sempre a qualidade dos cuidados (Regulamento Nº 140/2019, 2019).

Esta coordenação do EE com a equipa multidisciplinar, foi bastante notória ao longo dos estágios. O EE torna-se um elemento imprescindível para a tomada de decisões clínicas, uma vez que o seu conhecimento especializado sobre o processo de saúde da pessoa possibilita o fornecimento de contributos valiosos para a definição e gestão do plano de cuidados multidisciplinar, não esquecendo que o EE tem um papel de igual importância aquando da alta da pessoa, garantindo que esta seja realizada de uma forma organizada e segura, garantindo a continuidade dos cuidados (Romão, 2023).

Já ao nível da gestão, esta é entendida como uma interação dinâmica entre o processo de trabalho, o cuidar e o administrar (Ferreira de Mello et al., 2023). Acontece através da integração entre os conhecimentos da gestão e do cuidado, com o objetivo de oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade à população alvo. Dessa forma, num contexto de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho em saúde, a gestão do cuidado emerge de um trabalho individual para um esforço transdisciplinar, com autonomia, comprometimento e também corresponsabilidade das equipas de saúde (Ferreira de Mello et al., 2023).

Ao longo do estágio, desenvolvemos competências ao nível da priorização dos cuidados, pois existem vários fatores que nos condicionam a prestação dos mesmos, entre eles os rácios já aqui tratado, sendo necessário a otimização das respostas da equipa de enfermagem e a

promoção, a colaboração e a sinergia com os demais elementos da equipa de saúde.

Com base no exposto, é importante destacar que as diferentes componentes do estágio permitiram-nos desenvolver ferramentas e estratégias para a gestão dos cuidados de enfermagem, aprimorando a resposta e a coordenação da equipa de saúde. Além disso, adotamos a liderança e a gestão de recursos humanos e materiais de forma adaptada às situações e contextos, com o objetivo de assegurar a excelência dos cuidados prestados. Para a gestão de recursos humanos e materiais é basilar uma tomada de decisão baseada em evidência científica, mas também fatores como o potencial da pessoa, os objetivos, a previsão de alta, assim como a formação da equipa para que os cuidados delegados sejam prestados de uma forma contínua e segura. Um dos exemplos, passa pelo rastreio da deglutição, como anteriormente mencionado, em que a instrução e capacitação da equipa é fundamental para garantir a qualidade e segurança. O ajuste contínuo dos planos de cuidados com base na evolução da pessoa e o estabelecimento de prioridades foram ferramentas essenciais para o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de cuidados.

#### Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O avanço do conhecimento, aliado à crescente complexidade dos serviços de saúde, gerou a necessidade de uma formação especializada e diferenciada na área da saúde e da Enfermagem. Nesse cenário, a formação especializada em Enfermagem assume um papel fundamental na preparação dos enfermeiros, com o intuito de aprimorar e otimizar os cuidados de saúde, focando na adequação das competências às necessidades e desafios do sistema de saúde em Portugal. A enfermagem de reabilitação destaca-se nesse sentido, pois proporciona conhecimentos e habilidades essenciais para enfrentar os principais desafios contemporâneos na área da saúde (Padilha, 2021).

Deste modo, no que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, espera-se o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade; basear a praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento N.º 140/2019, 2019). A capacidade de autoconhecimento, constituindo uma competência essencial na prática de enfermagem, de forma a agir com responsabilidade e maior competência, é algo que o EE deve aperfeiçoar, assim como o recurso a conhecimentos mais atualizados para basear a sua prática (Regulamento N.º 140/2019, 2019).

O EE alicerça os processos de tomada de decisão, bem como as suas intervenções em conhecimento atual, assumindo a responsabilidade de ter um papel facilitador na aprendizagem e em ser um agente ativo na área da investigação (Regulamento N.º 140/2019, 2019). No decorrer deste estágio, participamos em ações de formação, tais como: I Open Day Vencer na Prática Enfermagem de Reabilitação; ação de formação acerca da avaliação da deglutição utilizando a escala de GUSS e também a participação no 19.º Congresso Português do AVC, promovido pela Sociedade Portuguesa do AVC, onde tivemos a oportunidade de frequentar o

curso - Os principais desafios após o AVC. A formação permanente e a atualização científica constante são fundamentais na atuação do enfermeiro, dado que o processo de tomada de decisão deve basear-se na melhor e mais recente evidência científica. A possibilidade em participar nestas ações de formação, permitiram o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assim como o autoconhecimento, atuando desta forma com base na evidência científica mais recente.

Ao longo do tempo, é essencial estarmos cientes das constantes mudanças na enfermagem enquanto disciplina, pois com novos conhecimentos, seremos capazes de oferecer cuidados de maior qualidade à pessoa, integrando assim melhores práticas clínicas.

### **Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

A enfermagem de reabilitação, enquanto especialidade pertencente a uma equipa multidisciplinar, detém um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que têm como objetivo ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional, bem como promover a independência, a satisfação da pessoa, e preservar a sua autoestima (Regulamento N.º 392/2019, 2019).

Tendo por base os problemas reais e potenciais da pessoa, não descurando dos objetivos definidos, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e individualizados (Regulamento N.º 392/2019, 2019). Um dos pilares essenciais da enfermagem de reabilitação, é a abordagem centrada na pessoa, reconhecendo a sua singularidade e envolvendo-a ativamente no seu próprio processo de recuperação e readaptação.

A intervenção do EEER tem como finalidade a promoção do diagnóstico precoce e a implementação de ações preventivas com o intuito de assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenindo complicações e evitando o surgimento de incapacidades (Regulamento N.º 392/2019, 2019). Não obstante, o EE visa proporcionar intervenções terapêuticas que melhorem as funções remanescentes, mantenham ou restabeleçam a independência nas atividades de via diária e minimizem o impacto das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíacas e ortopédicas (Regulamento N.º 392/2019, 2019).

Deste modo, as competências específicas do EEER dizem respeito a cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento N.º 392/2019, 2019).

Para que seja possível uma análise reflexiva e fundamentada das atividades realizadas ao longo

dos diferentes contextos de estágio, irá seguir-se através de subcapítulos as competências mencionadas anteriormente.

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

O EEER intervém ao longo de todo o ciclo vital e em diversos contextos da prática de cuidados, desde o início da vida até à fase mais avançada, não só em ambiente hospitalar, como em unidades de reabilitação, clínicas e até mesmo no domicílio.

No âmbito desta competência, o especialista identifica as necessidades de intervenção especializada em pessoas de todas as faixas etárias, que se encontram impossibilitadas de realizar as AVD de forma independente, devido à sua condição de saúde, deficiência, limitação de atividade e restrição de participação (Regulamento Nº 392/2019, 2019). Deve também conceber, implementar e avaliar os seus planos e programas especializados ambicionando a qualidade de vida, a reintegração e a participação social (Regulamento Nº 392/2019, 2019).

As unidades de competência que suportam esta competência confrontam-se com a avaliação e diagnóstico, em que envolve a análise da funcionalidade e a identificação de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento Nº 392/2019, 2019). De seguida, a conceção de planos de intervenção que visam promover capacidades adaptativas para alcançar o autocontrolo e o autocuidado durante os processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, bem como a implementação de intervenções planeadas, com o intuito de otimizar e/ou reeducar funções em diferentes áreas, tais como motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, da eliminação e por fim da sexualidade (Regulamento Nº 392/2019, 2019).

Ao nível da avaliação, esta competência destaca como unidade de competência a análise dos resultados das intervenções implementadas a fim de verificar a sua eficácia e ajustar/reformular as estratégias conforme necessidade (Regulamento Nº 392/2019, 2019).

A realização, sempre que possível, de uma avaliação inicial à pessoa e família, permitiu a avaliação e diagnóstico adequados ao processo de adaptação à incapacidade, bem como a implementação de intervenções num plano de cuidados individualizado e ajustado aos objetivos de cada pessoa, com aplicabilidade no processo de enfermagem especializada em reabilitação. Numa primeira abordagem à pessoa alvo de cuidados, a avaliação de sinais vitais, tais como a tensão arterial, frequência respiratória, temperatura, dor e oximetria periférica esclarecia a possibilidade de iniciar cuidados de reabilitação.

Seguidamente, a aplicação de escalas, questionários e instrumentos de medida de acordo com a área de intervenção (respiratória, motora ou neurológica) tornava-se essencial, uma vez que estes elementos constituem ferramentas imprescindíveis numa avaliação precisa e objetiva, auxiliando na identificação de limitações, monitorização do processo evolutivo do estado de saúde, monitorização dos resultados após as intervenções e a realização dos ajustes

necessários, além de fundamentar a tomada de decisão clínica (Ginó, 2023). Como já referido anteriormente, a prática clínica permitiu-nos em diversos momentos, a aplicação destes instrumentos, nomeadamente no contexto neurológico, com a aplicação da escala de GUSS e NIHSS, contribuindo para uma maior segurança e eficácia nas intervenções. Constitui também como um elemento facilitador para o desenvolvimento de um conhecimento mais aprofundado e consistente, enriquecendo a capacidade de tomada de decisão e a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio, gerou-se sempre a oportunidade de implementar programas de reabilitação, a pessoas nas várias faixas etárias e em diferentes contextos, quer em ambiente de internamento, como em ambiente de ambulatório. Apesar do estágio na área da opção não integrar esta UC, mas sim a UC Estágio de Enfermagem de Reabilitação, realizado no 1º ano, 2º semestre, torna-se importante referir que aquando da realização do mesmo, tive a possibilidade de desenvolver e aplicar esta competência em contexto pediátrico. Independentemente do contexto e da faixa etária, cuidamos de pessoas com diversas patologias, limitações e objetivos, ajustando sempre a abordagem, de acordo com as suas necessidades. O foco principal de cada intervenção, centra-se na conceção e implementação de programas de reabilitação que promova a autonomia na realização das AVD, envolvendo a adaptação de estratégias individualizadas e a monitorização contínua, possibilitando a capacitação das pessoas ao nível da recuperação ou maximização da funcionalidade e independência.

Na prática clínica, durante o processo de especialização, a teoria das transições serviu como base para a nossa abordagem no desenvolvimento de cuidados a pessoas que detém necessidades especiais. Isso deve-se ao facto de que, sendo esta teoria focada nos processos de transição, a população alvo com quem tivemos oportunidade de avaliar e planear um programa de reabilitação enfrentaram um evento de crise, que despoletou um processo de transição saúde/doença.

Sobre este tema, Meleis (2010) aponta que a transição envolve a mudança de um estado de bem-estar para um estado de doença. Assim, com base no referencial desta teoria de enfermagem, fundamentamos os cuidados nesse modelo, dando ênfase a alguns aspetos importantes, como: a transição saúde/doença; a consciencialização; o envolvimento; as condições facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade); os padrões de resposta através dos indicadores de processo e resultado, bem como as intervenções terapêuticas e preventivas (Smith, M. & Parker, M., 2015). O EEER, no âmbito das suas competências específicas, foca-se na capacitação da pessoa para lidar com a transição em que se encontra, tendo por base os fatores inibidores e facilitadores do processo. Ao longos dos contextos de estágio, os planos de cuidados desenvolvidos basearam-se na teoria supracitada, no sentido em que ao identificarmos a fase de transição que a pessoa vivencia, delineamos estratégias facilitadoras do processo de transição, para que tivesse ocorrido de forma saudável, com vista à mestria e à maximização da independência para as AVD.

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

Segundo o Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, o EEER:

“Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva” (Regulamento Nº 392/2019, 2019, p. 13567).

Nesta medida, a incapacidade inerente à patologia crónica, assim como as suas limitações físicas, emocionais e psicossociais, tornam evidente o impacto de desenvolvimento de planos de intervenção que visem a sua gestão.

Para isso, o EEER deve ser capaz de elaborar estratégias, as quais podem incluir os ensinamentos para a saúde, o treino de força muscular, o treino de equilíbrio, o treino de marcha, o treino de AVD, nomeadamente o autocuidado, a adaptação ao ambiente e ao meio, como é o exemplo do regresso ao domicílio, e de que modo pode adaptar os equipamentos e que ajudas técnicas pode adquirir com o intuito de se tornar mais independente.

As ajudas técnicas integram vários planos de reabilitação, cuidadosamente selecionadas, após uma avaliação centrada na pessoa, visando a adaptação das intervenções às necessidades individuais, promovendo a autonomia nas AVD e a participação social ativa (Matos & Simões, 2022). Ao longo dos estágios, foram realizados vários aconselhamentos acerca de ajudas técnicas disponíveis, e sobre como a sua utilização pode beneficiar a pessoa na sua reabilitação e independência.

Assim sendo, o EEER tem por preceito ajudar a pessoa com as suas limitações a ultrapassar as barreiras do seu dia-a-dia, permitindo desse modo uma participação mais ativa na sociedade, contribuindo para um melhor bem-estar físico, psicológico e social, tendo em vista a promoção de uma melhor inclusão na sociedade.

É exemplo o estágio em contexto ortopédico, em que a pessoa é aconselhada pelo EEER a adquirir ajudas técnicas, tais como alteador de sanita, barras de apoio, e auxiliares de marcha, com o objetivo de reduzir a dor, desconforto e prevenir a luxação da prótese da anca. Cabe deste modo, ao EEER, a responsabilidade de consciencializar a pessoa e a família sobre a relevância dos produtos de apoio.

Conclui-se que a utilização de recursos e produtos de apoio por parte da pessoa alvo de cuidados, torna possível a redução de barreiras e uma maior capacitação da mesma, permitindo torná-la mais capaz para realizar as suas AVD e deste modo, uma maior possibilidade de reintegrar e participar de forma ativa na sociedade.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Relativamente à competência em consideração, esta foi desenvolvida através da implementação de práticas de qualidade, dando ênfase ao incremento da funcionalidade da pessoa por parte do EEER, e para tal: “Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (Regulamento Nº 392/2019, 2019, p 13567).

Foi possível, no decurso desta especialização, desenvolver habilidades de conceção e implementação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório assentes num corpo de conhecimentos baseados na melhor evidência científica inerente às funções com compromisso, alvo dos cuidados especializados em ER (Regulamento Nº 392/2019, 2019).

As intervenções delineadas e implementadas que tornam exequíveis os programas têm como pilares três principais domínios: a maximização do desempenho/ reeducação das funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação, da alimentação e da sexualidade, bem como no princípio da facilitação dos processos de transição e da adaptação, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde, promovendo a saúde, a prevenção de lesões, a reabilitação, a capacitação e autogestão como componentes essenciais aos programas de ensino, instrução e treino de técnicas (Regulamento Nº 392/2019, 2019).

Os planos de reabilitação motora implementados pelo EEER devem incluir exercícios de fortalecimento muscular, amplitude articular, técnicas de mobilização, treino de atividade diária, entre outras intervenções. Não obstante, o EEER não deverá descuidar os outros âmbitos de reabilitação, nomeadamente o treino respiratório e cardíaco. O especialista deve adquirir competências técnicas de RFR, sendo capaz de avaliar a condição respiratória da pessoa e auxiliá-la a melhorar a sua capacidade respiratória. Para isso, o EEER deve ensinar, orientar e prescrever exercícios que promovam a melhoria da função respiratória e cardíaca.

O programa de RFR pode incluir exercícios específicos, como dissociação de tempos respiratórios, tosse assistida, uso de dispositivos de apoio respiratório, como nebulizadores, entre outras intervenções, conforme já mencionado. Além do plano de reabilitação motora e respiratória, o EEER deve possuir competências para avaliar a condição cardíaca da pessoa alvo de cuidados e elencar um plano de reabilitação cardíaca baseado em exercício físicos, atividades aeróbicas, treino de resistência, técnicas de relaxamento, bem como a promoção de hábitos de vida saudáveis.

Ao nível dos planos de reabilitação motora, respiratória e cardíaca, estes devem ser personalizados, específicos e adaptados às necessidades individuais de cada pessoa, com ênfase no desenvolvimento e aperfeiçoamento das suas capacidades. A tomada de decisão dos EEER, assente na conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados

diferenciados, baseia-se na identificação das necessidades específicas de cada pessoa ao nível da funcionalidade. Após a identificação da problemática, prescreve intervenções que promovam ações preventivas, que garantam a capacidade funcional; previnam complicações; evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas.

Além de conceber programas ao nível da RFR, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função eliminação e da alimentação; ao nível do treino de AVD; ao nível do treino motor e cardiorrespiratório, o EEER tem um papel preponderante na capacitação para a autogestão da situação de acordo com o projeto de saúde da pessoa que padece de alterações da funcionalidade (OE, 2018b). A promoção da educação em saúde por parte do EEER, tem como finalidade a capacitação da pessoa para a tomada de decisão informada e para que esta participe de forma ativa no seu plano de cuidados, promovendo um ambiente de confiança (Sousa et al., 2020). Assim, o EEER deve recorrer a estratégias como sessões de educação para a saúde, no âmbito da prevenção da doença, através dos fatores de risco, educação específica para a doença, ao nível da fisiologia, plano de tratamento e reabilitação e autogestão, envolvendo a resolução de problemas, tomada de decisão, utilização de recursos e criação de planos de ação (Cameron, 2013). À pessoa portadora de doença respiratória, foi possível a capacitação da mesma ao nível de estratégias de conservação de energia, permitindo a gestão dos sintomas experienciados pela mesma.

Para alcançar essas competências, o especialista deve ser capaz de monitorizar adequadamente o progresso do indivíduo, ajustando o plano de reabilitação sempre que necessário. Em alguns momentos, pode ser essencial contar com a colaboração de outros profissionais de saúde para garantir um melhor desenvolvimento, resultando numa melhoria da qualidade de vida da pessoa, nomeadamente com o terapeuta da fala, que coopera com o EEER na intervenção à pessoa ao nível da deglutição comprometida, assim como na linguagem comprometida. O objetivo final é maximizar a funcionalidade da pessoa, fornecendo-lhe as ferramentas indispensáveis para alcançar a sua independência e autonomia da melhor forma possível.

Em suma, as competências do EEER têm um papel fundamental na prática clínica, pois oferecem cuidados especializados às pessoas em processo de transição. A avaliação baseada na tríade holística, a implementação de intervenções personalizadas, fundamentadas no conhecimento e nas capacidades individuais, e a promoção da autonomia da pessoa são aspetos fulcrais que permitem ao EEER desempenhar um papel decisivo na melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas alvo de cuidados de reabilitação (Tomé, 2020). Conclui-se dizendo que o leque de aprendizagens e experiências múltiplas, permitiu o desenvolvimento das competências específicas do EEER.



## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Ao concluir este percurso, é essencial salientar o quanto ele foi fundamental para o desenvolvimento e fortalecimento dos conhecimentos essenciais para a futura prática como EEER. Esta trajetória foi caracterizada por aprendizagens valiosas e desafios que foram superados com êxito, possibilitando tanto o crescimento pessoal quanto profissional.

Neste capítulo é apresentada uma análise reflexiva acerca da demonstração do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, adquiridas ao longo de todo o percurso deste mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ressaltando as competências adquiridas durante os contextos de estágio, com a realização do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de reabilitação e do presente relatório final de estágio.

O desenvolvimento deste relatório através da elaboração de dois estudos de caso, permitiu mobilizar a melhor evidência científica no domínio da pessoa com afasia; a avaliação do risco de alteração da comunicação e o seu impacto na pessoa, adaptação da pessoa à condição de saúde e respostas humanas ao processo de transição, avaliação da capacidade funcional; identificação dos diagnósticos; conceção de planos de intervenção e definição das atividades especializadas que concretizam cada uma das intervenções; implementação das intervenções planeadas; monitorização e avaliação dos resultados. Este processo, permitiu sistematizar e fundamentar o raciocínio clínico e a tomada de decisão clínica especializada, com ênfase na capacitação da pessoa para a otimização da funcionalidade, da participação na sociedade e da qualidade de vida.

A aquisição das competências comuns e específicas do EEER também ocorreu ao longo da componente teórica do mestrado em enfermagem de reabilitação, que foi crucial para o desenvolvimento do raciocínio clínico e da reflexão crítica, após alcançar um alto nível de conhecimento teórico. As aulas práticas desempenharam um papel fundamental na obtenção de competências instrumentais e de decisão clínica especializadas, como o cuidar de pessoas com necessidades especiais durante todo o ciclo de vida, em diversos contextos de cuidado. Além disso, possibilitaram a aprendizagem sobre quando e como aplicar intervenções que capacitam a pessoa com deficiência, maximizando a sua funcionalidade e o desenvolvimento de habilidades. Isso permitiu, no contexto do estágio, a prestação de cuidados com base num julgamento clínico especializado em enfermagem de reabilitação.

A realização dos estágios mostrou-se essencial para consolidar as competências comuns e específicas do EEER. O conhecimento e a experiência adquiridos durante esse período foram

fundamentais para o desenvolvimento de todas as competências, tanto as comuns ao EE, quanto especializadas, que, como futuros EEER, são fundamentais para realizar uma intervenção diferenciada. Isso possibilitará ajudar pessoas com doenças agudas, crônicas ou com comprometimento da funcionalidade, ajudando-as a maximizar a sua funcionalidade, participação social e qualidade de vida.

Além do que já foi mencionado, é fundamental reconhecer a importância de integrar no processo de tomada de decisão clínica especializadas teorias como a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, que fornecem uma estrutura conceitual e orientam a prática clínica especializada de Enfermagem de Reabilitação. Por fim, sendo a Enfermagem de Reabilitação uma área clínica que contribui significativamente para a melhoria da saúde, atendendo às necessidades específicas da população, é essencial, enquanto futuros EEER, incorporar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação. Esses padrões servem como um guia para a reflexão sobre a prática especializada, permitindo garantir a intencionalidade, a intervenção, a avaliação e a eficácia dos cuidados, além de identificar oportunidades para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Não obstante, o desenvolvimento deste relatório serviu especialmente para despertar e sensibilizar para a importância da área temática da pessoa com alterações comunicacionais, nomeadamente a pessoa com AVC, em situação de afasia. Apesar de todo o potencial que o EEER representa para a sociedade, mantêm-se desafios na difusão e divulgação da prática de enfermagem de reabilitação.

Finaliza-se, conscientes de que o percurso não representa o fim de um processo, mas sim o início de uma nova forma de estar, atuar e assegurar que os objetivos foram atingidos.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, A. (2020). Ganhos no autocuidado andar-um caminho para a funcionalidade [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre. Repositório científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/34088>

Ahrens, J., Shao, R., Blackport, D., Macaluso, S., Viana, R., Teasell, R., & Mehta, S. (2023). Cognitive-behavioral therapy for managing depressive and anxiety symptoms after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 30(4), 368-383. <https://doi.org/10.1080/10749357.2022.2049505>

Alabdulaali, L., Hickman, L., Punt, T. D., et al. (2022). Effectiveness of transcranial direct current stimulation on hand dexterity in stroke patients: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12, e056064. Alwashmi et al., 2022 - Alwashmi, K., Meyer, G., & Rowe, F. J. (2022). Audio-visual stimulation for visual compensatory functions in stroke survivors with visual field defect: A systematic review. *Neurological Sciences*, 43, 2299-2321. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-05926-y>

Amala, S., & Chippala, P. (2024). Effect of Sit-to-Stand Training on Balance, Muscle Strength, and Activities of Daily Living in Patients with Stroke: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 18(2), 5-8. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2024/65339.19081>

Amorim Dias, C. (2023). A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em pessoas submetidas a artroplastia da anca ou do joelho [Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/46407>

Arnold, M., Liesirova, K., Broeg-Morvay, A., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M. L., el Koussy, M., Kägi, G., Jung, S., & Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in acute stroke: Incidence, burden and impact on clinical outcome. *PLoS One*, 11(2), e0148424. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148424>

Baker, C., Rose, M. L., Ryan, B., & Worrall, L. (2021). Barriers and facilitators to implementing stepped psychological care for people with aphasia: Perspectives of stroke health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 28(8), 581-593. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1849952>

Barbosa, P. M., Ferreira, L. N., Cruz, V. T., Silva, A., & Szrek, H. (2022). Healthcare, clinical factors and rehabilitation predicting quality of life in first-time stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 31(4). <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106300>

Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., Souza, P. R. B., Azevedo, L. O. Júnior, Machado, I. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. O., Silva, D. R. P., Pina, M. F., & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>

Beckwée, D., Cuypers, L., Lefeber, N., De Keersmaecker, E., Scheys, E., Van Hees, W., Perkisas, S., De Raedt, S., Kerckhofs, E., Bautmans, I., & Swinnen, E. (2022). Skeletal muscle changes in the first three months of stroke recovery: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 54, jrm00308. <https://doi.org/10.2340/jrm.v54.57>

Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto: Da teoria à prática*. Editora: Papa-lettras.

Cameron V. (2013). Best practices for stroke patient and family education in the acute care setting: a literature review. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22(1), 51-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23469500/#>

Cardoso, J. (2023). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com afasia após AVC [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Bragança]*. Biblioteca digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/28906>

Cernadas, R. (2021). AVC em Portugal: um combate a não perder! *Revista Informativa Da Sociedade Portuguesa Do Acidente Vascular Cerebral, Avanços Na Investigação Sobre AVC*. [https://spavc.org/wp-content/uploads/2023/11/STROKE\\_N17\\_v4\\_site.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2023/11/STROKE_N17_v4_site.pdf)

Chacon-Barba, J. C., Moral-Munoz, J. A., De Miguel-Rubio, A., & Lucena-Anton, D. (2024). Effects of resistance training on spasticity in people with stroke: A systematic review. *Brain Sciences*, 14(1), 57. <https://doi.org/10.3390/brainsci14010057>

Chia, F. S., Kuys, S., & Low Choy, N. (2019). Sensory retraining of the leg after stroke: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 33(6), 964-979.

Cruz, E., Miller, C., Zhang, W., Rogers, K., Lee, H.-J., Wells, Y., Cloud, G. C., & Lannin, N. A. (2022). Does non-implanted electrical stimulation reduce post-stroke urinary or fecal incontinence? A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Stroke : Official Journal of the International*. <https://doi.org/10.1177/17474930211006301>. Stroke Society, 17(4), 378-388.

Davies, P. M. (2008). *Hemiplegia: tratamento para pacientes após AVC e outras lesões cerebrais*. São Paulo: Nacional. <https://covers.vitalbook.com/vbid/9788520444139/width/480>

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento (Direção de Serviços de Planeamento)*. Direção-Geral da Saúde.

- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behavior*, 2. 10.1038/s41562-018-0307-6
- Dinarès, C., Rocha, P., & Fernandes, S. (2004). Distúrbios do sono na UCIP. *Revista de Enfermagem*, 4, 20-27.
- Esposito, E., Shekhtman, G., & Chen, P. (2021). Prevalence of spatial neglect post-stroke: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(5), 101459. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.10.010>
- Fernandes, A. M. G., Oliveira, A. K. S., Carvalho, G. A. F. L., Nascimento, L. K. A. S., Pellense, M. C. S., & Santana, P. G. C. (2018). O papel do enfermeiro no cuidado a pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Revista Humano Ser*, 3(1), 145-160. <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/1013>
- Fernandes, C. (2023). Relações entre Comunicação, Ciência e Inovação em Saúde: um Estudo Exploratório sobre a Afasia [Tese de Mestrado, Instituto Ciências Sociais, Universidade do Minho]. RepositóriUM. Cristiana Filipa da Costa Fernandes.pdf
- Fernandes, J. B., Sá, M. C. L., & Nabais, A. S. C. (2020). Rehabilitation nurse interventions that prevent falls in the elderly: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 3(1), 57-63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>
- Ferraz, Inês, Norton, Andreia, & Silveira, Celeste. (2013). Depressão e acidente vascular cerebral: Causa ou consequência?. *Arquivos de Medicina*, 27(4), 148-153. Recuperado em 04 de abril de 2025, de [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871-34132013000400002&lng=pt&tlng=pt](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000400002&lng=pt&tlng=pt).
- Ferreira de Mello, A. L., Meirelles, B., Paes, L., & Coelho, B. (2023). A Complexidade na Gestão dos Cuidados em Saúde e Enfermagem. Atena Editora. <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/a-complexidade-na-gestao-dos-cuidados-em-saude-e-enfermagem#:~:text=10.22533/at.ed.0492309062>
- Ferreira, A., Pereira, Y. C., Lins, V., Boiani, L. E., & Pompermaier, C. (2020). Fatores de risco para o acidente vascular cerebral (AVC). *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê*, 5, e24365-e24365.
- Ferreirinho, F. (2024). A escuta ativa na pessoa com doença oncológica. [Relatório de estágio, Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/53362>
- Freitas, E. C. G., Sousa, R. X., & Menezes, L. C. G. (2024). Assistência de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral atendidos nas unidades hospitalares: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 47(2), 74-83. [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20240707\\_1000453.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20240707_1000453.pdf)

Furlanis, G., Ridolfi, M., Polverino, P., Menichelli, A., Caruso, P., Naccarato, M., ... & Paolo, M. (2018). Early recovery of aphasia through thrombolysis: The significance of spontaneous speech. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(8), 1937-1948. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.05.014>

Ginó, A. (2023). A capacitação para a Autogestão na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica no Domicílio: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50858/1/MEReab\\_3462\\_original.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50858/1/MEReab_3462_original.pdf)

Gomes, A. A. (s.d.). O que é a privação crónica do sono? Obtido de Associação Portuguesa do Sono: [https://apsono.com/images/docs/CA02132020\\_good\\_dreams.pdf](https://apsono.com/images/docs/CA02132020_good_dreams.pdf)

Gutenbrunner, C., Stievano, A., Nugraha, B., Stewart, D., & Catton, H. (2022). Nursing – a core element of rehabilitation. *International Nursing Review*, 69(1), 13–19. <https://doi.org/10.1111/inr.12661>

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2011). Capítulo 59: Estados da atividade cerebral – sono, ondas cerebrais, epilepsia, psicoses. Em A. C. Guyton, & J. E. Hall, *Tratado de fisiologia médica* (12ª ed., pp. 761–770). Elsevier.

Haboubi, N. H. J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, London, 25(n.6), 291–296.

Hepworth, L., Rowe, F. J., Walker, M. F., Rockliffe, J., Noonan, C., Howard, C., & Currie, J. (2016). Post-stroke visual impairment: A systematic literature review of types and recovery of visual conditions. *Ophthalmology Research: An International Journal*, 5(1), 1–43. <https://doi.org/10.9734/OR/2016/21767>

Hermann, D. M., & Bassetti, C. L. (2017). Author response: Role of sleep-disordered breathing and sleep-wake disturbances for stroke and stroke recovery. *Neurology*, 88(2), 220–221. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003499>

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Em Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta.

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência.

Hu, L., & Liu, G. (2021). Effects of early rehabilitation nursing on neurological functions and quality of life of patients with ischemic stroke hemiplegia. *American Journal of Translational Research*, 13(4), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129209/> 3811–3818

Hugues, A., Di Marco, J., Ribault, S., Ardaillon, H., Janiaud, P., Xue, Y., Zhu, J., Pires, J., Khademi,

H., Rubio, L., Hernandez Bernal, P., Bahar, Y., Charvat, H., Szulc, P., Ciumas, C., Won, H., Cucherat, M., Bonan, I., Gueyffier, F., & Rode, G. (2019). Limited evidence of physical therapy on balance after stroke: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14(8), e0221700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221700>

ICNP Browser, 2019 - International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Recuperado de <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024). Causas de morte - 2022. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2)

Januário, F., & Amaral, C. (2010). Fisiologia do equilíbrio. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 19(2). <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.42>

Johansson, M. (2012). *Aphasia and Communication in Everyday Life: Experiences of persons with aphasia, significant others, and speech-language pathologists* [Tese de Doutoramento, Acta Universitatis Upsaliensis]. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-173130>

Johnstone Margaret. (1979). *Restauração da Função Motora no Paciente Hemiplégico*. 1 Ed. São Paulo: Editora Manole LDTA .

LaCroix, A. N., James, E., & Rogalsky, C. (2021). Neural resources supporting language production vs. comprehension in chronic post-stroke aphasia: A meta-analysis using activation likelihood estimates. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 680933. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.680933>

Lee, K. B., Hong, B. Y., Kim, J. S., Sul, B., Yoon, S. C., Ji, E. K., Son, D. B., Hwang, B. Y., & Lim, S. H. (2019). Which brain lesions produce spasticity? An observational study on 45 stroke patients. *PLoS One*, 14(1), e0210038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210038>

Lima, F., Melo, G., Fernandes, D. A., Santos, G. M., & Rosa Neto, F. (2021). Effects of total knee arthroplasty for primary knee osteoarthritis on postural balance: A systematic review. *Gait & Posture*, 89, 139-160. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2021.04.042>

Lin, W., Meng, L., Lou, W., Yang, P., & Huang, M. (2022). Using logistic multivariate analysis to explore the effects of nursing and psychological factors on motor and cognitive rehabilitation in patients with stroke: Based on a retrospective case-control study. *Computational Intelligence & Neuroscience*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2022/1411670>

Luo, Y., Yu, G., Liu, Y., Zhuge, C., & Zhu, Y. (2023). Sleep quality after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 102(20), e33777. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033777>

Luz, A. (2017). *Satisfação profissional dos enfermeiros em unidades de AVC*. [Relatório de

Estágio, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/14354>

Macedo, A. K. S., Amorim, P. B., Denardi, I. P., Fernandes, J. B., & Mourão, R. S. (2023). Estudo da realização das atividades de vida diária (AVDs) por pacientes com sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral). *International Seven Journal of Health*, 2(4), 692-705.

Machado, V. S., Hahn, L. M., Martins, M. I. M., & Marrone, L. C. P. (2020). Conhecimento da população sobre Acidente Vascular Cerebral em Torres RS. *Revista Brasileira de Neurologia*, 56(3), 11-14. <https://doi.org/10.46979/rbn.v56i3.38210>

Marinho Pinto, E. da C., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M. ., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Morais Pinto Novo, A. F. . (2022). Posicionamentos em padrão antiespástico: Olhar sobre as práticas dos enfermeiros no contexto hospitalar. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5(1), 20-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.196>

Marques-Vieira, C., & Caldas, A. C. (2018). A relevância do andar: Reabilitar a pessoa com andar comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 547-577). Lusodidacta.

Marques, D. (2018). O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados. [Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa].

Marques-Vieira, C., & Santos, L. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. In *Lusodidacta* (pp. 15-23). Loures: Lusodidacta.

Martins, C. F. (2022). Perceção dos enfermeiros sobre cuidados omissos em contexto de urgência [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Martins, I. P. (2013). Funções cognitivas. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia fundamental: Princípios, diagnósticos e tratamento*. LIDEL.

Matos, M. (2012). Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses. [Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional RIA. <http://hdl.handle.net/10773/9065>

Matos, M. F. G., & Simões, J. A. G. (2022). 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>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research Practice*. Springer Publishing Company, New York. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

Menon, A., Petzold, A., Kim, A., Ogourtsova, T., McDermott, A., & Korner-Bitensky, N. (2015)

Unilateral Spatial Neglect Stroke Engine, 1-4. Retirado de: <https://strokeengine.ca/en/consequences/unilateral-spatial-neglect/#ClinicianInformation>.

Munshi, S. K., & Harwood, R. (2020). Stroke in the Older Person. Oxford. <https://doi.org/10.1093/med/9780198747499.001.0001>

Oliveira, I., Couto, G. & Mota, L. (2019). Terapêuticas de enfermagem na pessoa com deglutição comprometida após acidente vascular cerebral. Revista de enfermagem referência, 23(4), 133-140. <https://doi.org/10.12707/RIV19057>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). CIPE® Versão 2.0. Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas: O sono na criança e no adolescente. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp\\_sonobebeadolescente\\_v7-okn.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf)

Ordem dos Enfermeiros, C. de E., & M. do C. de E. de R. (2018a). Reabilitação respiratória: Guia orientador de boa prática (Vol. Série 1, Número 10). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Alterado e republicado pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Código Deontológico. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/Legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeOntologico.Pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.

Otsuka, Y., Kaneita, Y., Itani, O., Jike, M., Osaki, Y., Higuchi, S., Kanda, H., Kinjo, A., Kuwabara, Y., & Yoshimoto, H. (2020). Skipping breakfast, poor sleep quality, and internet usage and their relation with unhappiness in Japanese adolescents. *PLoS One*, 15(7), e0235252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235252>

Papathanasiou, I., Coppens, P., & Davidson, B. (2017). Aphasia and related neurogenic communication disorders: Basic concepts, management, and efficacy. In I. Papathanasiou & P.

Coppens (Eds.), *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (2nd ed). Elsevier.

Parsons, S. L., Mansfield, A., Inness, E. L., & Patterson, K. K. (2016). The relationship of plantar cutaneous sensation and standing balance post-stroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 23(5), 326-332. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1162396>

Passarinho, S., & Silva, J. F. (2023). Ansiedade e depressão em pacientes após AVC (Acidente Vascular Cerebral). *Revista Científica Multidisciplinar Vistacien*, 1(5).

Pedersen, P. M., Vinter, K., & Olsen, T. S. (2004). Aphasia after stroke: Type, severity, and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovascular Diseases* (Basel, Switzerland), 17(1), 35-43. <https://doi.org/10.1159/000073896>

Plantin, J., Verneau, M., Godbolt, A. K., Pennati, G. V., Laurencikas, E., Johansson, B., Krumlind-Sundholm, L., Baron, J. C., Borg, J., & Lindberg, P. G. (2021). Recovery and prediction of bimanual hand use after stroke. *Neurology*, 97(7), e706-e719. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012366>

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2018). *Fundamentos de enfermagem* (9ª ed.). Elsevier.

Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República, II Série*, (25-09-2019), 128-155.

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República, 2ª Série*, n.º 85, 13565-13568.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, II Série*, n.º 85, 13565-13568.

Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificação e sistemas de informação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas*. Lisboa: Lidel.

Rocha, I. D. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(Sup 1), 5-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Romão, A. S. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Transição de Cuidados [Relatório de Estágio]*. Instituto Politécnico de Setúbal.

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem*

de Reabilitação, 3(2), 36–43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Santos, J. M., Prata, A. P., Kowal Olm Cunha, I. C., & Reis Santos, M. (2021). Independência No Autocuidado Nos Doentes Com Acidente Vascular Cerebral: Contribuição Da Enfermagem De Reabilitação. *Enfermagem Em Foco*, 12(2), 346–353. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4180>

Santos, R. M. (2013). Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após AVC. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da ESEnfC. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=yc1ikjcz>

Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. LIDEL.

Sheppard, S. M., & Sebastian, R. (2021). Diagnosing and managing post-stroke aphasia. Expert review of neurotherapeutics. 21(2), 221–234. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1855976>

Silveira, M. (2013). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no doente com alterações a nível da comunicação e linguagem, em particular no doente que sofreu AVC [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/16199>

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). Nursing theories and nursing practice (4.<sup>a</sup> ed.). F.A. Davis.

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SMIP). (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal - SPMI

Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). Enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132/85>

Suni, E., & Dimitriu, A. (2024, janeiro 16). Sleep deprivation: Understanding the hidden consequences. *Sleep Foundations*. Obtido de <https://www.sleepfoundation.org/sleep-deprivation>

Tábuas-Pereira, M., Freitas, S., Beato-Coelho, J., Ribeiro, J., Parra, J., Martins, C., Silva, M., Matos, M., Nogueira, A. R., Silva, F., Sargento-Freitas, J., Cordeiro, G., Cunha, L., & Santana, I. (2018). Aphasia rapid test: Translation, adaptation and validation studies for the Portuguese population. *Acta Medica Portuguesa*, 31(5), 265–271. <https://doi.org/10.20344/amp.9090>

Tang, F., Cheng, Z., Wen, X., & Guan, J. (2019). Efeito da intervenção de cuidados contínuos na qualidade de vida em pacientes com disfunção neurogênica da bexiga. *O Jornal de Pesquisa Médica Internacional*, 47(5), 2011–2017. <https://doi.org/10.1177/0300060519833563>

Tareke, A. A., Abate, M. G., Alem, A., Alamneh, Y. M., Alamneh, A. A., Deml, Y. A., ... & Teym, A. (2022). Magnitude and predictors of in-hospital stroke mortality in Ethiopia: A systematic review

and meta-analysis. *Stroke Research and Treatment*, 2022, 7202657. <https://doi.org/10.1155/2022/7202657>

Teasell, R., & Hussein, N. (2020). *Stroke rehabilitation clinician handbook*. Recuperado de <http://www.ebrsr.com>

Térémetz, M., Hamdoun, S., Colle, F., Gerardin, E., Desvilles, C., Carment, L., Charron, S., Cuenca, M., Calvet, D., Baron, J.-C., Turc, G., Maier, M. A., Rosso, C., Mas, J.-L., & Lindberg, P. G. (2023). Efficacy of interactive manual dexterity training after stroke: a pilot single blinded randomized controlled trial. *Journal of NeuroEngineering & Rehabilitation (JNER)*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12984-023-01213-9>

Thrift, A. G., Thayabaranathan, T., Howard, G., Howard, V. J., Rothwell, P. M., Feign, V. L., Norrving, B., Donnan, G. A., & Cadilhac, D. A. (2017). Global stroke statistics. *International Journal of Stroke*, 12(1).

Tomé, S. M. C. C. (2020). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fémur, no regresso a casa [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]*. <http://hdl.handle.net/10400.26/36859>

Tononi, G., & Cirelli, C. (2014). Sleep and the price of plasticity: From synaptic and cellular homeostasis to memory consolidation and integration. *Neuron*, 81(1), 12-34. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.12.025>

Trad, L. I. A., Pereira, A. P. A., & Baptista, M. N. (2017). Suporte social e aspectos ocupacionais do adulto jovem após acidente vascular cerebral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(2).

Turkeltaub, P. E. (2019). A taxonomy of brain-behavior relationships after stroke. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 62(11), 3907-3922. [https://doi.org/10.1044/2019\\_JSLHR-L-RSNP-19-0032](https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-L-RSNP-19-0032)

Turville, M. L., Cahill, L. S., Matyas, T. A., Blennerhassett, J. M., & Carey, L. M. (2019). The effectiveness of somatosensory retraining for improving sensory function in the arm following stroke: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 33(5), 834-846. <https://doi.org/10.1177/0269215519829795>

Veiga, L. (2015). *Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: Resultados de uma unidade de Convalescença [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]*.

Wahid, D., Rabbani, H., Inam, A., & Akhtar, Z. (2020). A hemispheric comparison of cognitive dysfunction and sleep quality impairment in Middle Cerebral Artery infarction. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(3), 511-515. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.3.1385>

WHO. (2018). *Stroke Alliance for Europe (SAFE), Plano de Ação para o AVC na Europa*.

<https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

Wijeratne, T., Sales, C., Wijeratne, C., Karimi, L., & Jakovljevic, M. (2022). Systematic review of existing stroke guidelines: Case for a change. *BioMed Research International*, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2022/5514793>

Wilson, S. M., & Schneck, S. M. (2021). Neuroplasticity in post-stroke aphasia: A systematic review and meta-analysis of functional imaging studies of reorganization of language processing. *Neurobiology of Language (Cambridge, Mass.)*, 2(1), 22-82. [https://doi.org/10.1162/nol\\_a\\_00025](https://doi.org/10.1162/nol_a_00025)

World Sleep Society. (2015). 10 mandamentos para adultos: Os dez mandamentos da higiene do sono para adultos. Obtido de <https://worldsleepday.org/wp-content/uploads/2015/09/WSD-2016-Resources-10-Commandments-for-Adults-PT.PDF>

Yilmazer, C., Boccuni, L., Thijs, L. e Verheyden, G. (2019). Eficácia das intervenções somatossensoriais nos resultados somatossensoriais, motores e funcionais no membro superior pós-AVC: uma revisão sistemática e meta-análise. *NeuroReabilitação*, 44 (4), 459-477. <https://doi.org/10.3233/NRE-192687>

Zhao, M., Wang, G., Wang, A., et al. (2022). Robot-assisted distal training improves upper limb dexterity and function after stroke: A systematic review and meta-regression. *Neurological Sciences*, 43, 1641-1657. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-05913-3>



## **8. ANEXOS**



**Anexo I**



**CONTATOS**

 256 000 000

*enfer*  
*reabilitação*  
*magem*

**ENFERMEIRA FILIPA LEITE**  
**ENFERMEIRA DIANA ALMEIDA**

# SEXUALIDADE COM PRÓTESE DA ANCA



## VIDA SEXUAL SEM RECEIOS

O retorno à vida sexual após uma cirurgia à anca deve ser feito com cautela e somente quando se sentir à vontade e seguro. Algumas recomendações incluem:

Escolher posições que respeitem as suas limitações físicas, com o parceiro também atento ao seu conforto. É importante que o parceiro não aplique muito peso nas suas ancas, optando por movimentos suaves para evitar sobrecarga.

Evite posições que possam causar dor ou aumentar o risco de luxação da anca. A comunicação com o parceiro é fundamental para ajustes conforme necessário. Se sentir dor persistente após a atividade sexual, especialmente devido a um posicionamento específico, consulte um médico ou enfermeiro.

Esses cuidados ajudam a garantir uma recuperação segura e confortável.

### Posições Seguras



### Posições Não Seguras

