



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS -
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação

Eduardo Luís Cortesão Pimenta

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete dos Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS -
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação

Eduardo Luís Cortesão Pimenta

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete dos Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“O Prazer do trabalho aperfeiçoa a obra”

Aristóteles (384-322 a.c., Filósofo)

“Coragem é graça sobre pressão”

Ernest Hemingway (1899-1961, Escritor)

DEDICATÓRIA

À minha família pelo incentivo e compreensão que sempre demonstraram, nas largas horas de ausência.

À minha gata Lolla, por estar sempre presente, junto ao computador e ao sono, pelo olhar expressivo quando mais era necessário.

Aos amigos pela força e amizade sempre presentes.

Aos meus colegas de serviço pela compreensão e ajuda dispensada.

AGRADECIMENTOS

Professores, família, amigos e colegas que permitiram a concretização do Mestrado - a todos o mais sincero agradecimento.

Às pessoas internadas e famílias que foram um estímulo para me dedicar mais e melhor à prestação de cuidados.

À Professora Gorete Reis, pela orientação, disponibilidade e apoio que permitiu o crescimento profissional e pessoal. Pelo seu incentivo demonstrado nos momentos mais difíceis.

Aos Enfermeiros Carlos Nogueira, António Costa, Helena Sampaio, Mário Ciríaco que garantiram condições para a melhor aprendizagem possível.

Ao Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Pulido Valente (Unidade de Doentes Insuficientes Respiratórios); Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Hospital de Faro (Unidade de Acidente Vascular Cerebral), Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (Serviço de Ortopedia) obrigado pelo acolhimento demonstrado.

Aos colegas que colaboraram na leitura crítica deste relatório muito obrigado pelo tempo despendido.

Aos meus pais, irmão e avós pelos momentos de ausência e apoio incondicional.

À Rita Gonçalves pela compreensão nos momentos de ausência, cansaço e irritação.

A todos **MUITO OBRIGADO!**

RESUMO

Em Portugal, verifica-se a diminuição da incidência de Acidente Vascular Cerebral. No entanto as incapacidades e desvantagens dele resultantes continuam a ter um grande impacto na vida das pessoas, entre as alterações destacamos a Parésia Facial do Tipo Central.

Este relatório explana o desenvolvimento das competências no âmbito do curso de mestrado na área específica da Enfermagem de Reabilitação. O percurso permitiu-nos colocar em ação as competências gerais de especialista e específicas da área de reabilitação.

Partimos de um projeto, que permitiu dar corpo e linha de continuidade ao estágio, mas não nos limitamos a ele. Focamo-nos na recuperação da expressão facial após parésia facial central destacando as implicações para Enfermagem de Reabilitação.

Segundo o pressuposto que as estratégias utilizadas podem ser aplicadas numa fase precoce, o projeto demonstra que a instrução precoce diminui a assimetria facial e consequências como disfagia, disartria e alteração da imagem corporal.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação; Parésia Facial Central

Recovering facial expression after central facial paresis- Implications in Rehabilitation Nursing practice

ABSTRACT

In Portugal, there is a decrease in the Stroke. However, the resulting disabilities and disadvantages continue to have a great impact in the people's life, as harshly point out Central Facial Paresis.

This report explores the development of competences in the field, of master's degree course, in the specific area of Rehabilitation Nursing. The course allowed to put us in action specialist's general competences and specific of the rehabilitation area.

We start from a project that allowed to give body and continuity line to the stage, but we didn't limit ourselves to him. We focused on the recovery of the facial expression after central facial paresis emphasizing as implications for Rehabilitation Nursing.

According to the presupposition that the used strategies can be applied in a precocious phase, the project demonstrates that the precocious instruction reduces the facial asymmetry and consequences as dysphagia, dysarthria and altered body image.

Keywords: Stroke; Nursing Rehabilitation; Central Facial Paresis.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, E SIGLAS

ARSAL - Administração Regional de Saúde do Algarve

AVD - Atividades de Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CHUA – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EPE – Entidade Público Empresarial

ER - Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Instituto Público

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

n.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

PFC- Parésia Facial Central

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SPAV – Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral

TDACE - Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem

UAVC -Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UDCV -Unidade de Doenças Cerebrovasculares

USLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Índice:

INTRODUÇÃO:.....	12
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	17
2. ANÁLISE DE ENVOLVIMENTO.....	20
2.1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Acidente Vascular Cerebral..	20
2.1.2. Unidade de Acidente Vascular Cerebral do CHUA	23
2.2. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano – Serviço de Ortopedia.....	24
2.3. Análise da População.....	26
2.3.1. Doentes que Recorrem à UAVC	29
3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	34
3.1. UAVC e Serviço de Ortopedia	34
3.2. Enquadramento Conceptual de Enfermagem: Contributos da Teoria de Dorothea Orem na prática de cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação	42
4. OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	46
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO – RECUPERAÇÃO DA PARÉSIA FACIAL DO TIPO CENTRAL - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	48
5.1. Parésia Facial do Tipo Central.....	48
5.1.1. Anatomia do Nervo Facial – VII Par Craniano	51
5.1.2. Músculos da Expressão Facial.....	53
5.1.3. Exercícios de promoção de recuperação de parésia facial do tipo central	56
5.2. Metodologia.....	61
5.3. Resultados da implementação do projeto de intervenção profissional.....	66
5.4. Discussão sobre os resultados do projeto de intervenção profissional - Recuperar a expressão facial após PFC	75

5.4.1 Considerações finais do projeto de intervenção profissional - Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações para a prática de Enfermagem de Reabilitação.....	78
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS, CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PESSOAL	82
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	85
7.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	86
7.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	89
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO.....	92
9. CONCLUSÃO.....	93
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	96

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS	CVIII
ANEXO I – Quadro resumo dos músculos faciais e suas funções.....	CIX
ANEXO II – Declaração de Aceitação de Orientação.....	CXIII
ANEXO III – Aprovação da Comissão de Ética em Saúde e bem-estar da Universidade de Évora.....	CXV
ANEXO IV – Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do CHUA.....	CXVII
ANEXO V – Escala da National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).....	CXIX
ANEXO VI – Escala de House-Brackmann.....	CXXVI
ANEXO VII – Escala de Lower.....	CXXVIII
APÊNDICES	CXXXX
APÊNDICE I – Brochura com exercícios faciais.....	CXXXI
APÊNDICE II – Pedido formal para realização do estudo à Comissão de Ética em Saúde e bem-estar da Universidade de Évora.....	CXXXIII
APÊNDICE III – Pedido formal para realização do estudo à Comissão de ética, Conselho de Administração e Enfermeira Diretora.....	CXXXIX
APÊNDICE IV – Resumo, plano e cronograma.....	CXLIII
APÊNDICE V – Consentimento Informado.....	CXLIX
APÊNDICE VI – PROPOSTA DE PROJETO DE TESE/DISSERTAÇÃO/ESTAGIO/TRABALHO DE PROJETO.....	CLII
APÊNDICE VII – Instrumento de colheita de dados, de variáveis para caracterização dos Participantes.....	CLV
APÊNDICE VIII – Plano de Cuidados DPOC	CLVII
APÊNDICE IX – Plano de cuidados pessoa 2	CLXIV
APÊNDICE X – Plano de cuidados pessoa 3	CLXXIII
APÊNDICE XI – Projeto de Intervenção - Prova de 6 Minutos de Marcha	CLXXIX
APÊNDICE XII – Artigo	CXCVII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1- Anatomia do nervo facial e regiões enervadas.....	52
Figura nº 2 - Trajeto do nervo facial e ramificação das suas fibras na face, crânio e músculos enervados.....	53
Figura nº 3 - Nervo facial e respetivos pontos motores para os diferentes segmentos musculares.....	54
Figura nº 4 – Músculos de expressão facial em vista anterior.....	55
Figura nº 5 – Pessoa 1 - primeira avaliação.....	67
Figura nº 6 – Pessoa 1 – comparação entre a primeira e segunda avaliação.....	68
Figura nº 7 - Pessoa 2 – primeira avaliação.....	70
Figura nº 8 – Pessoa 2 – comparação entre a primeira e segunda avaliação.....	71
Figura nº 9 - Pessoa 3 – primeira avaliação.....	73
Figura nº 10 – Pessoa 3 – comparação entre a primeira e segunda avaliação.....	74

ÍNDICE DE TABELAS

Quadro nº 1 – Manifestações físicas tendo em conta o Território afetado.....	29
Quadro nº 2 – Exercícios faciais e quais os músculos alvo de intervenção.....	60

INTRODUÇÃO:

O presente relatório é desenvolvido para dar cumprimento ao Plano de estudos das Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório de Estágio, no âmbito do 1º Mestrado em Associação na área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, ministrado em associação pelas seguintes instituições de Ensino Superior de escolas de Saúde - Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O relatório pretende mostrar as competências desenvolvidas que contribuem para o grau académico de mestre, cuja obtenção exige o cumprimento do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Mais concretamente, a obtenção deste título, implica a aquisição de competências, capacidades e conhecimento que se especificam no artigo 15.º capítulo 3, sendo que para fazer prova destas capacidades é obrigatória a aprovação em todas as unidades curriculares, presentes no plano de Mestrado e da aprovação da defesa do relatório de estágio, em ato público.

O plano de estudos deste mestrado pretende assegurar a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais por parte dos mestrandos, para uma prática de cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação.

De acordo com a informação supracitada, este relatório, resulta da realização do Estágio Final que teve lugar na Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA) e no Serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA). Através do mesmo, pretende-se demonstrar o desenvolvimento e aquisição de competências gerais de Enfermeiro Especialista e competências específicas da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Competências estas, adquiridas ao longo do estágio, tendo como foco central os cuidados de Enfermagem de Reabilitação de um modo geral e em particular os focalizados na recuperação da expressão facial após parésia facial central e as suas implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação.

A sensibilização para este aspeto particular da reabilitação tem fundamento na prática de cuidados que decorre num serviço de Especialidades Médicas. Neste está alocada, uma Unidade de Doenças Cerebrovasculares (UDCV) e assim, somos confrontados diariamente com complicações transversais a grande parte das pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC), dependendo da área cerebral lesada e da gravidade da lesão, mas à parésia facial do tipo central é dada menor atenção no processo de reabilitação. Sobrepõe-se as áreas motoras, muitas vezes associada à marcha e a outras Atividades de Vida Diária (AVD).

Através do impacto que o AVC apresenta na alteração da dinâmica social onde a pessoa afetada se insere, nomeadamente na comunicação e na autoimagem este tema apresenta-se como foco de interesse, pela possibilidade de intervir.

Este mestrado deve proporcionar condições para adquirir e desenvolver competências específicas de EEER ao mesmo tempo que se desenvolvem competências comuns a todos os enfermeiros especialistas.

A unidade curricular Estágio Final, foi o contexto formativo onde procedemos à avaliação de funcionalidade da pessoa e ao diagnóstico das alterações e incapacidades, para desenhar um programa específico que vise a capacitação, maximizando as potenciais capacidades para se conseguir qualidade de vida da pessoa, adaptação global e reinserção social, (O.E., 2011, p.3).

Neste sentido, nos contextos clínicos de neurologia focamo-nos nas pessoas que sofreram alterações por AVC e definimos um projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação que contribuísse para a recuperação da expressão facial da pessoa com parésia facial do tipo central (PFC), bem como quais as implicações para a Enfermagem de Reabilitação; implementamos o projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação – de cuidados específicos, compreensivos de modo a responder às necessidades da pessoa durante o internamento hospitalar. As escolhas foram fundamentadas e permitiram monitorizar o processo e avaliar os resultados. Prestar cuidados à pessoa com PFC, desenvolvendo competências específicas de enfermagem de reabilitação.

Outras pessoas, com situações clínicas distintas foram alvo da nossa atenção, nomeadamente os que cuidamos em contexto de Ortopedia e Ortopedia. Foram igualmente importantes para o desenvolvimento das competências e da compreensão sobre o papel do EEER no processo de reabilitação.

O relatório deve espelhar estas experiências de aprendizagem, os resultados e a performance das competências adquiridas, num processo analítico e reflexivo que será mais tarde objeto de discussão pública.

Através das bases apresentadas e pelos pressupostos definidos, no início da Unidade Curricular deste mestrado definiram-se como objetivos gerais: desenvolver e adquirir competências específicas de EEER; desenvolver e adquirir competências comuns de enfermeiro especialista e adquirir conhecimentos e competências de mestre.

Considerando os objetivos anteriores de carácter geral torna-se imperativo definir os específicos, sendo eles: realizar um projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação que permita a recuperação da expressão facial da pessoa com parésia facial central e quais as implicações para a Enfermagem de Reabilitação; implementar o projeto de intervenção profissional de enfermagem de reabilitação; prestar cuidados à pessoa com parésia facial do tipo central, desenvolvendo competências específicas de enfermagem de reabilitação.

Este relatório serve para delinear uma linha orientadora sobre os cuidados do EEER na abordagem ao doente com AVC e sobretudo o que apresente como sequela a parésia facial do tipo central, bem como a referência aos cuidados a prestar ao utente do foro ortopédico, sobretudo no doente com afeção da anca ou joelho. Ambos pretendem proporcionar contributos, que visem minorar as deficiências adquiridas, reduzindo as incapacidades e desvantagens a que o doente possa estar sujeito.

O Título do presente relatório, coincide com o do projeto, desenvolvido e aplicado, em contexto de prática ao longo do estágio: “Recuperar a expressão facial após parésia facial central – implicações para a prática de Enfermagem de Reabilitação.” No entanto, o relatório não se limita ao mesmo.

O presente relatório é referente ao estágio realizado na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) do CHUA, no período de 20 de setembro a 20 de novembro de 2017 e ao estágio realizado no Serviço de Ortopedia da ULSLA que decorreu de 21 de novembro a 22 de dezembro de 2017. A ordem de escolha destes locais de estágio foi influenciada pela reestruturação da Unidade de Doenças Cérebro Vasculares (UDCV) do local de trabalho e pelo facto de conhecer outras realidades e assim ser portador de outros métodos organizacionais, para assim garantir a aquisição de competências promotoras da melhoria contínua dos cuidados prestados, que seguramente se traduzirão num maior número de ganhos em saúde.

Estruturalmente, o relatório será constituído por uma apreciação do contexto da Reabilitação, posteriormente realizada uma análise de envolvimento da instituição onde foi desenvolvido o projeto, tendo em conta o que levou ao desenvolvimento das UAVC no País e definição de tipologias, posteriormente o funcionamento da sua UAVC, onde foi realizado o Estágio, não descurando a pessoa e a patologia AVC, prevalência na população, fatores etiológicos bem como as possíveis sequelas e quais as necessidades desses mesmo indivíduos.

Será também realizada na análise de envolvimento da Unidade local de Saúde do Litoral Alentejano, sobretudo do serviço de Ortopedia, bem como aos fatores etiológicos mais relevantes, bem como os dados relativos às cirurgias do panorama nacional e local.

Será realizada a análise do de produção de cuidados, onde serão enaltecidos os problemas específicos da população alvo, como a mobilidade, bem como o funcionamento processual desde admissão até à alta, dos serviços onde foi realizado o Estágio Final. Não obstante será referenciado o modelo teórico de Dorothea Orem, uma vez que o autocuidado é a linha de pesquisa seguida e assim ocorre a fundamentação teórica dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Seguidamente será apresentada a definição de objetivos do projeto de intervenção profissional e posteriormente apresentado o projeto de intervenção profissional, com a mobilização de conteúdos (distinção da parésia facial central, da periférica, anatomia do nervo facial, músculos da expressão facial, diferentes exercícios que visam recuperar a expressão

facial), metodologia utilizada, tipo de estudo, estratégias de intervenção pessoal, população selecionada, instrumentos de colheita de dados e a implementação do projeto.

Serão contemplados os resultados de implementação do projeto, a discussão e suas considerações finais, bem como a análise reflexiva sobre a prestação direta de cuidados.

Perto do final apresentar-se-á a análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas e adquiridas.

Este relatório termina com a apresentação da conclusão, das referências bibliográficas e dos anexos e apêndices.

Ao longo deste relatório será utilizada a Linguagem de acordo com a CIPE® (International Classification for Nursing Practice (ICNP ®)), de forma a uniformizar e classificar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros (CIPE, 2015, p.15).

Este relatório será redigido de forma a respeitar o Regulamento do Estágio final, a referência das fontes bibliográficas respeitará as normas da sexta edição do Publication Manual da American Psychological Association. Procurar-se-á respeitar o atual Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

O estágio final decorreu maioritariamente numa UAVC, por isso importa salientar que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a patologia com maior taxa de mortalidade e incapacidade (Direção Geral da Saúde [DGS], 2001, p.5) e torna-se imperativa uma resposta eficaz por parte dos profissionais de saúde. Ao considerar-se o indivíduo como foco principal da reabilitação, as intervenções implementadas terão como objetivo principal a promoção da máxima qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência tal como nos refere Cardoso & Eusébio (2011, pp.30-35).

Como base para a realização do estágio foi necessário suporte no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros onde refere que um enfermeiro especialista apresenta um conhecimento minucioso de uma determinada área de enfermagem, não descurando “as respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde” manifestando “julgamento crítico e tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros [O.E.], 2010, p.2).

O Regulamento das Competências Específicas do EEER define ainda que a reabilitação é uma área de especialidade multidisciplinar com saberes e ações específicas que serve para auxiliar pessoas nas diversas etapas das suas doenças ou com as consequências das mesmas “a maximizar o seu potencial funcional e independência.” Apresenta como “objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima” (O.E. 2011, p.1).

Desta forma, o EEER planeia, implanta e avalia as diferentes intervenções de enfermagem em problemas imediatos ou potenciais das pessoas. Como se apresenta com alto nível de saberes e experiências tem capacidade para “tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (O.E. 2011, p.1).

Estamos em condições de concordar com a Ordem dos Enfermeiros quando afirma que o EEER promove ganhos em saúde, mais propriamente na prevenção de limitações, assumindo

como base as capacidades existentes, reduzindo as sequelas, potenciando a autonomia e independência e desta forma aumentar a qualidade de vida, (2011, pp.1-5).

O profissional EEER assume um papel fundamental, na medida em que apresenta competências para promover a adaptação a uma nova realidade, dirige a sua intervenção para maximizar a independência de qualquer indivíduo na satisfação das suas AVD e necessidades básicas. Reconhece a necessidade de intervir para otimizar e/ou reeducar a função a nível “motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório e da sexualidade (O.E. 2011, p.3), através de um processo de readaptação aos défices vivenciados.

Estas alterações de funcionalidade necessitam de ser colmatadas e o EEER é o elo de ligação, no interior de uma equipa de saúde, que colabora para auxiliar a pessoa/família a adaptar-se ao novo desafio de vida. A ação do enfermeiro junto do cuidador é essencial, pois: “O papel e as necessidades ou expectativas dos próximos não podem ser minimizadas. Eles necessitam, muitas vezes de ações educativas, de entrevistas de orientação e familiarização com os aspetos com que se irão, mais tarde, confrontar”, (Hesbeen, 2001, p.65). Neste contexto o EEER “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos”, (O.E. 2011, p.3).

As alterações consequentes do AVC que se demonstram em dependência e/ou incapacidade irão afetar o equilíbrio da pessoa na relação com o meio envolvente (Menoita et. al., 2014, p.70), o que poderá condicionar o “projeto de vida da pessoa” (Menoita et. al., 2014, p.34) uma vez que impossibilita o cumprimento de obrigações sociais, pessoais, profissionais e familiares. As AVD são parte integrante da pessoa, na satisfação das suas necessidades humanas básicas e exigências diárias e nestas áreas são observadas imediatamente o maior impacto, das limitações no doente com AVC (Menoita et. al., 2014, p.117).

A pessoa com AVC, através das consequentes limitações e incapacidades, depara-se com a existência de um desequilíbrio psicodinâmico em relação com o meio envolvente, condicionado pelo seu estado de saúde. Existe assim um défice na sua ação de autocuidado, ou seja,

“na capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar”, (Orem, 2001 p. 254)¹.

A reabilitação tem por objetivo a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família, comunidade e sociedade, sendo considerada como uma etapa essencial na limitação do impacto da incapacidade da pessoa com AVC, através de um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo, (Menoita et al., 2014, p. 33).

O tema deste relatório surge como a área de interesse profissional e pelo interesse em desenvolver competências específicas na área da Reabilitação da recuperação da expressão facial da pessoa com parésia facial do tipo central. Esta é uma das sequelas com maior incidência e de carência de cuidados enquanto a pessoa se encontra na fase aguda da doença. Quer isto dizer que a parésia facial é muitas vezes negligenciada quanto a cuidados específicos, tão importantes, quando afeta a autoimagem e a capacidade de comunicar.

¹ “(...) as a complex acquired capability to meet one’s continuing requirement of care of self that regulates life processes, maintains or promotes integrity of human structure and functioning (health) and human development, and promotes well-being.” Orem, D. (2001). Nursing Concepts of Practice (6 ed.). St. Louis: Mosby

2. ANÁLISE DE ENVOLVIMENTO

No decurso deste capítulo, será explanada a legislação que permitiu a criação do CHUA, bem como os pressupostos que possibilitaram a criação das UAVC a nível nacional e os princípios a que devem ser cumpridos na atuação perante a pessoa com AVC, desde o momento de socorro, até ao momento em que se efetua a alta clínica.

Será especificado o funcionamento da UAVC, bem como a população que beneficia da utilização desta unidade hospitalar e deste serviço. Serão também apresentados alguns dados estatísticos, nacionais referentes à mortalidade, a perda de anos potenciais de vida e incidência de AVC isquémico. No que respeita aos utilizadores da UAVC serão explanadas as consequências mais comuns de acordo com a área cerebral afetada e realizada a distinção das consequências do AVC na vida de pessoas mais jovens e idosas.

Não obstante, será também explanada a legislação que permitiu a criação da USLA, bem como a população que beneficia da utilização desta Unidade, não descurando os dados estatísticos relativos às cirurgias Ortopédicas resultantes das afeções mais comuns desta população.

Importa referir o papel do EEER e a clarificação de conceitos chave (deficiência e incapacidade), necessários para a compreensão da sua atuação e suas consequências, perante a pessoa e sociedade. Para ambos os serviços Hospitalares, serão apresentadas as implicações que representam para os seus familiares.

2.1. Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Entidade Público Empresarial (EPE) foi criado através do Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto, que procede à alteração do Decreto-Lei n.º 69/2013, de 17 de maio, através do qual foi criado o Centro Hospitalar do Algarve, EPE,

que procedeu à junção do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, e do Hospital de Faro, EPE.

O novo decreto Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto, procedeu à transição de competências até então asseguradas pela Administração Regional de Saúde do Algarve (ARSAL) Instituto Público (IP) sob o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul para o CHUA, (pp. 4971- 4972).

A par desta alteração, o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, que resulta de uma associação entre o Centro Hospitalar do Algarve, EPE, e a Universidade do Algarve, através do seu centro de investigação Center for Biomedical Research e do seu Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina, de forma a respeitar as anuências de cooperação com a ARSAL.

Através desta aproximação, da instituição de saúde com o as instituições de pesquisa e ensino, como a Escola Superior de Saúde do Algarve e outras faculdades da Universidade do Algarve, estas devem promover atividades na área do ensino, pesquisa e partilha do conhecimento científico, para promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à comunidade. Segundo o mesmo Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 agosto, mantém como missão:

“prestar cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, com o objetivo de alcançar a excelência na atividade assistencial, no ensino e investigação, através da introdução de boas práticas baseadas na evidência, e na inovação em saúde”, (p. 4972).

Esta missão justifica a introdução do nome – Universitário na sua nomenclatura, pois cada vez mais se verifica a nível nacional, a aproximação das instituições de saúde e ensino com o objetivo de criar sinergias, para descobrir e alicerçar, quais as melhores práticas a desempenhar de forma a promover ganhos em saúde para a população que beneficia dos serviços de saúde.

Importa definir o que é o AVC, bem como as suas tipologias e salientar como foram criadas as UAVC, os seus objetivos e níveis de diferenciação, de forma a compreender a o funcionamento da UAVC do CHUA.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o AVC é um comprometimento neurológico focal (ou global) que sucede abruptamente com sintomas para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular (Organização Mundial de Saúde [OMS], (2006, p. 6)).

Quanto à sua etiologia o AVC poderá ser do tipo: Isquémico ou Embólico (oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, por um trombo formado no local de oclusão ou que se desloca de outro local pela corrente sanguínea); Hemorrágico (hemorragia de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral ou do espaço entre as duas meninges), (OMS, 2006, p.8).

Para colmatar as falhas a nível assistencial ao AVC criaram-se as UAVC, que segundo Oliveira, surgiram nos finais da década de 90, após uma reunião de especialistas em doenças vasculares, onde definiram medidas a tomar, no prazo de 10 anos, (2006, p.69).

Em Portugal, apenas no ano de 2001 foi definido pela Direção Geral de Saúde (DGS) a criação de Unidades de AVC, pois esta seria uma área prioritária, para atuação até ao ano de 2005. Em 2006 os mesmos especialistas em doenças vasculares reuniram-se novamente e definiram quatro objetivos essenciais no tratamento da pessoa com AVC:

“Todos os doentes atingidos por um AVC deverão ser tratados em unidades de AVC; O AVC é uma emergência; para que não se perca tempo, o doente deverá ser transportado à unidade hospitalar mais adequada, ultrapassando assim outras unidades mais próximas que não tenham possibilidade de prestar o tratamento adequado à situação, ou sejam, as que não disponham de unidades de AVC; O tratamento do AVC deve ser um “continuum”, começando no transporte urgente e prolongando para além da alta, na fisioterapia sem interrupções e nos cuidados domiciliários, sempre que necessário”,(Oliveira, 2006 p.69).

O mesmo autor define ainda as tipologias das UAVC, podendo variar entre A, B e C. A diferença entre elas é que algumas terão capacidade para administrar terapêutica em fase aguda (A e B) e outras não. Unidades do Tipo A (Central) - são unidades de acesso permanente e diferenciado; Tipo B (Hospitais Distritais) - são unidades com algum grau de diferenciação, mas não estão disponíveis de forma permanente; Unidades do tipo C (Básicas) são as mais pequenas e menos diferenciadas, que hospitalizem doentes com AVC, (2006, p. 70).

2.1.2. Unidade de Acidente Vascular Cerebral do CHUA

Após caracterização das diferentes unidades de AVC, é necessário especificar aquela que acolhe a realização do Estágio Final na área da neurologia. A UAVC do CHUA é uma unidade do tipo B.

A finalidade da UAVC do CHUA é reduzir o número de internamentos em Hospitais de agudos, a incapacidade funcional e as complicações pós AVC e o número de doentes crónicos, assim, como facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes ao seu ambiente familiar e tanto quanto possível ao seu local de trabalho.

A UAVC segue as mais recentes recomendações nacionais e internacionais para o cuidado da pessoa com AVC, das quais se podem destacar as normas da DGS nº 054/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação; norma nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto; de carácter vinculativo, e as mais diversas Guidelines Internacionais (Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke da American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ASA], 2015). Encontra-se ainda disponível na Intranet do CHUA um ofício-circular sobre as Normas Básicas de Funcionamento da Unidade de AVC.

A unidade apresenta lotação de 6 camas para utentes agudos (normalmente dispõe de uma cama vaga para admissão de utente com necessidade de ministrar terapêutica). Em anexo à UAVC existe uma enfermaria com lotação de 4 camas para utentes subagudos da especialidade de Neurologia.

A UAVC encontra-se organizada com a zona de trabalho central e os 6 utentes agudos ao seu redor, para uma maior vigilância. Apresenta casa de banho com possibilidade de realização de banhos assistidos em cadeira sanitária. As restantes zonas de apoio encontram-se fora da estrutura física da Unidade.

Nesta unidade é realizada uma monitorização constante de todas as pessoas admitidas, através de monitorização eletrocardiográfica; avaliação não invasiva da tensão arterial; avaliação da saturação periférica de oxigénio e avaliação periférica da temperatura corporal.

No que concerne a recursos Humanos dispõe de 2 Enfermeiros por turno num total de 13 elementos que compõe a equipa, um dos quais com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, outro Mestre em Enfermagem de Reabilitação e uma Chefe de Enfermagem Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Dispõe ainda de 7 assistentes operacionais e uma assistente administrativa. Há um médico especialista em Medicina-Interna com presença física durante vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano.

2.2. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano – Serviço de Ortopedia

A ULSLA foi criada através do Decreto-Lei n.º 238/2012 publicado no Diário da República em outubro de 2012. Esta Unidade Local de Saúde resulta da fusão do antigo Hospital do Litoral Alentejano e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (Centro de Saúde Alcácer do Sal; Centro de Saúde Grândola; Centro de Saúde Odemira; Centro de Saúde Santiago do Cacém, Centro de Saúde Sines).

Apresenta como missão alcançar ganhos, benefícios em saúde, tendo em conta as estratégias nacionais e regionais, através da promoção e prestação de saúde primários, diferenciados e continuados, desenvolvendo “atividades de saúde pública, investigação, formação e ensino de qualidade, assegurando o acesso da população” de forma sustentável, (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2016a).

No que concerne ao Serviço de Ortopedia encontra-se em funcionamento desde a abertura do Hospital do Litoral Alentejano, em junho de 2004.

Uma das cirurgias ortopédicas mais comuns é a Artroplastia da Anca, sendo a sua indicação mais frequente a osteoartrose e a fratura proximal do fémur. Outra cirurgia comum é a Artroplastia do Joelho que resulta maioritariamente de osteoartrose do joelho, alterações inflamatórias, dor e posteriormente incapacidades. Estes procedimentos consideram-se comuns, uma vez que evoluem em conjunto com o envelhecimento da sociedade atual, (Batista, 2015, p.8).

Segundo do Registo Português de Artroplastia no ano de 2016 foram realizadas em Portugal, 3441 Artroplastias da Anca e 3701 Artroplastias do Joelho.

Na região do Alentejo foram realizadas 307 artroplastias das quais 142 são referentes a artroplastia da Anca e 165 de Joelho. Destas 79 artroplastias da anca e 82 artroplastias do joelho foram realizadas na ULSLA.

No ano de 2017 verifica-se um decréscimo de artroplastias da anca a nível nacional (2997) e de artroplastias do joelho (2720). Na região do Alentejo foram realizadas 226 das quais 133 são referentes a artroplastia da anca e 93 a artroplastia do joelho. Contudo na ULSLA foram realizadas 82 Artroplastias da anca e 44 do joelho.

Embora com menos expressão são também realizadas artroplastias do ombro. No ano de 2016 na mesma região foram realizadas 23 artroplastias do ombro 19 das quais na ULSLA. No ano de 2017, 19 artroplastias do ombro sendo que 18 foram realizadas na ULSLA, num total nacional de 263, (2018).

Estas cirurgias promovem num grande número de utentes “alívio da dor, aumento da mobilidade e da função e a retoma da qualidade de vida”, contudo uma minoria continua a ter “dor que impede o regresso em pleno às AVD”, (Costa et. al. 2017, p.27).

2.3. Análise da População

A população que mais recorre aos serviços do CHUA são pessoas da sua área de influência. Podendo ser encaminhadas de outras zonas geográficas do Algarve (Hospital de Portimão ou Lagos ou centros de Saúde e Serviços de Urgência Básica).

Pelo reconhecido prestígio turístico de ambas as regiões, (Algarve e Litoral Alentejano) estas apresentam pessoas residentes, turistas nacionais, estrangeiros e trabalhadores das mais variadas nacionalidades, pelo que se considera que as dificuldades comunicacionais podem mostrar-se relevantes, pelos distintos idiomas e dialetos falados.

O mesmo pensamento, é corroborado pela Missão do CHUA que “Em termos de resposta assistencial, assume a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos 16 concelhos do Algarve, garantindo a segurança da saúde de todos os que habitam ou visitam a região.” (SNS, 2017a). Apesar desta missão ser do CHUA adequa-se também à ULSLA na sua área de influência desde Alcácer do Sal a Odemira num total de 276 quilómetros de costa e cerca de 100 mil habitantes, ao passo que a população residente no Algarve é de 444.390 habitantes, (Turismo de Portugal, 2018).

Deve ser referido que ambas as regiões, existem diversas aldeias distantes e isoladas, com poucos habitantes, por isso apresentam maior dificuldade em se deslocar aos serviços de saúde, assim como existem zonas geográficas em que se encontram pessoas, com maior possibilidade de recorrer a estas instituições hospitalares. É de salientar que existem pessoas de diferentes etnias que recorrem aos serviços de saúde, pelos mais diversos motivos.

No que concerne aos utentes encaminhados para a UAVC, em termos de antecedentes pessoais anteriores e fatores de risco, estes coadunam-se com a bibliografia.

O AVC apresenta vários fatores de risco sendo eles modificáveis – bem documentados - (Hipertensão Arterial, Tabagismo, Diabetes, Sedentarismo, Excesso de Peso e consumo excessivo de álcool, Dislipidemia, Fibrilhação Auricular, Estenose Carotídea, AVC prévio, Doença de Células Falciformes, Nutrição e Dieta; potencialmente modificáveis - menos bem documentados – (Síndrome Metabólica, Contracetivos orais, Gravidez, Abusos de drogas,

Síndrome da Apneia de Sono, Enxaqueca, Hiperhomocisteinémia, lipoproteína(a), razão Apo B/Apo A1 e lipoproteína associada à fosfolipase A2, outras alterações Hematológicas com risco potencial de AVC, outras Cardiopatias e Embolismo Aórtico, outras Arteriopatias, Inflamação e Infecção) e não modificáveis (Idade , Sexo, Raça, Origem geográfica, Baixo peso ao nascer, Fatores genéticos), (Sociedade Portuguesa de AVC [SPAV], 2011, p.1).

De acordo com a SPAVC (2013), o AVC é a causa com maior relevância na morbidade e incapacidade crónica na Europa, sendo a mesma ideia corroborada pela DGS (2016). Em conformidade com o Instituto Nacional de Estatística [INE], as doenças do aparelho circulatório originaram em Portugal 32288 óbitos, representando 30,7% da mortalidade verificada durante o ano de 2014, (2016a, p. 1).

No mesmo ano, perderam-se cerca de 564,8 anos potenciais de vida por cada 100 mil habitantes, devido a patologias do aparelho circulatório. Nos hospitais nacionais foram admitidos 9709 doentes que sofrem de AVC, correspondendo a uma percentagem de 62% de doentes admitidos nas Unidades de AVC, contrapondo com os 38% (5840 doentes) que não foram internados nessas unidades, (DGS, 2016).

No ano de 2014, só o AVC Isquémico representou cerca de 20 mil episódios e 250 mil dias de internamento. Em Portugal, verificaram-se no ano de 2011, um total de 103202 óbitos, dos quais 31670 ocorreram por doenças do aparelho circulatório, onde está incluído o AVC. Contudo a mortalidade por doença isquémica cardíaca situa-se abaixo da média europeia, ocupando a mortalidade por doença cerebrovascular posição inversa. Segundo a mesma fonte verifica-se ainda que “pela primeira vez, em Portugal, o peso relativo das doenças do aparelho circulatório na mortalidade total situou-se abaixo dos 30%”, (DGS, 2016).

Importa salientar que ocorre de uma forma geral, a diminuição de todos os indicadores sobre doenças cérebro-cardiovasculares em Portugal, resultante das medidas preventivas adotadas e com assistência. São ainda resultados das sinergias com outros programas de saúde que promovem a adoção de estilos de vida saudáveis ou que estão dedicados ao combate de fatores de risco modificáveis (Tabagismo e a Diabetes), (DGS, 2016).

Remetendo para o Serviço de Ortopedia e de acordo com o INE, em termos ortopédicos, no ano de 2014 foram realizadas 906,3 mil cirurgias das quais 17,1% são referentes a cirurgias ortopédicas, (2016b, p.14).

Das patologias do sistema esquelético a osteoartrose em conjunto com o aumento da esperança média de vida tem vindo a aumentar, logo traduz-me na patologia que mais afeta pessoas idosas e por isso incapacitante, pois demonstra-se como uma patologia que conduz à perda de funcionalidade e conseqüentemente da qualidade de vida, traduzindo-se em conseqüências sociais e de utilização de recursos de saúde, (Pereira, Ramos & Branco, 2015, p.1). Para o mesmo autor o predomínio de osteoartrose na anca varia entre 0,9% na Grécia e 23% na Croácia.

A osteoartrose é uma doença articular, que resulta da falha de vários processos de reparação e a ocorrência de agressões e lesões da articulação. Quer isto dizer que há destruição da cartilagem. Desta forma irá aparecer dor articular, rigidez e limitação da função, (DGS, 2004, p. 17)

Outra causa que condiciona a realização de artroplastia, sobretudo da anca é a osteoporose. Esta ocorre por decrescimento da resistência óssea, conduzindo ao aparecimento de fraturas. Em Portugal ocorrem cerca de 40000 fraturas, sendo 8500 do fémur proximal. Estima-se que consumam mais de 50 milhões de Euros em cuidados hospitalares, (DGS, 2004, p. 9).

De acordo com a DGS também para doenças do aparelho locomotor existem fatores de risco. Como fatores de risco não modificáveis são apontados idade (existe relação direta entre a idade a patologia osteoarticular), raça, sexo (devido as doenças metabólicas ou endócrinas mais prevalentes no sexo feminino), (2004, p18).

São apontados como fatores de risco modificáveis a obesidade, traumatismos (resultantes da profissão ou do lazer), alterações anatómicas e diminuição de força sobretudo do quadrícipite no caso da gonartrose, (DGS, 2004, p18).

Na população é verificado que as pessoas idosas (sobretudo mulheres), pessoas obesas, profissionais e desportistas que sujeitem as articulações a sobrecarga, pessoas com alterações anatómicas (afetam a mecânica articular) e os que sofrem de doenças articulares e ósseas como traumatismo estão sujeitos a um risco acrescido, (DGS, 2004, p18).

Além destas condicionantes que são evidentes de alteração osteoarticular não poderão ser esquecidos que existem outras patologias antecessoras ao procedimento cirúrgico mais comum (artroplastia da Anca e do Joelho), como a Hipertensão, Diabetes Dislipidémia e Obesidade, (Batista, 2015, p.8).

2.3.1. Doentes que Recorrem à UAVC

As pessoas que são encaminhadas para internamento na UAVC apresentam as mais diversas alterações decorrentes de AVC e por isso são várias as implicações na vida da pessoa, dependendo da área cerebral afetada, gravidade da lesão e do estado de saúde.

O Quadro seguinte explica quais lesões e as suas manifestações clínicas:

Quadro nº 1 – Manifestações físicas consoante o Território afetado

Território Carotídeo	Território Vértebro-basilar
<i>Artéria central da Retina</i> Cegueira ipsilateral Amaurose fugaz ipsilateral	<i>Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos</i>
<i>Artéria cerebral anterior</i> Síndrome Frontal Parésia do membro Inferior contra Lateral Afasia Transcortical (Hemisfério Esquerdo)	Os quadros são múltiplos, dependendo das combinações das zonas afetadas. Sintomas e sinais frequentes:
<i>Artéria coroideia anterior</i> Hemiparésia contralateral Hemihipostesia contralateral Hemianopsia contralateral	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilíbrio e ataxia • Nistágmo • Diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados

<p><i>Artéria cerebral média</i></p> <p>Todo o Território: hemiparésia contralateral de predomínio braquiocefal, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglet (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia.</p> <p>Ramos ântero-superiores: hemiparésia contralateral de predomínio braquiocefal, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglet (hemisfério direito).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disartria • Disfagia, soluços • Coma • Síndromes alterados (parésia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparésia e/ ou hemihipostesia contralateral) • Parésias e ou alterações de sensibilidade
<p>Ramos póstero-inferiores: Afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglet (hemisfério direito) e quadrantópsia contralateral.</p> <p>Ramos profundos: hemiparésia contralateral e Hemihipostesia contralateral</p>	<p><i>Artéria cerebral posterior</i></p> <p>Hemianopsia contralateral</p> <p>Hemihipostesia contralateral</p> <p>Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo)</p> <p>Agnosia para cores (hemisfério esquerdo)</p> <p>Agnosia visual (hemisfério esquerdo)</p> <p>Prosopagnosia (hemisfério direito)</p>

Fonte: Ferro (2006, p.81)

Além da expressão significativa no número de óbitos ocorridos, o AVC apresenta um enorme impacto a nível funcional, cognitivo e social do indivíduo, com implicações na sua família e comunidade, sendo que repentinamente, a pessoa deixa de ser autónoma para passar a estar dependente de terceiros (familiares, cuidadores informais ou instituições de apoio).

Segundo Pfeffer e Reding (1998) citado em DGS (2011, p.7), após o internamento, verifica-se que cerca de 80% dos doentes com défices motores, sensoriais e cognitivos, beneficiavam com um programa de reabilitação, de forma a minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sociofamiliar e profissional avaliados através da CIF

(Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), onde são avaliadas as atividades de participação, qualidade de vida e fatores pessoais e ambientais que os condicionam.

Perlini & Faro (2005) referem que esta patologia, é a principal causa de incapacidade funcional no mundo ocidental, sendo que a pessoa com sequelas de AVC, pode apresentar simultaneamente deficiências e incapacidades. Para Hesbeen (2001, p.40) deficiência e incapacidade são conceitos diferentes. Para este autor deficiência é uma “...alteração prolongada da estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica de um indivíduo” e que é normalmente observável, por exemplo pessoa com marcha hemiparética. Refere incapacidade como “...consequência funcional de uma deficiência” como é o exemplo da incapacidade na realização da higiene pessoal, que pode por vezes ser ultrapassada, ainda que a deficiência se mantenha. Para o mesmo autor nem todas as deficiências levam à incapacidade, mas qualquer incapacidade é provocada por uma deficiência e qualquer uma delas pode apresentar-se em qualquer idade.

Não são apenas indivíduos idosos que recorrem à UAVC uma vez que, a incidência do AVC no jovem tem vindo a aumentar, principalmente o AVC Isquémico, potenciado frequentemente pelos hábitos tabágicos. O AVC no jovem difere do AVC no idoso essencialmente na sua etiologia, que pode decorrer de um leque de fatores mais abrangentes. Nesta situação o prognóstico é predominantemente mais favorável, traduzindo-se em menor taxa de mortalidade e de recorrência, comparativamente ao idoso, (Gomes et al., 2008, p. 162; Renna et al.,² 2014, p.222). Todavia, a mortalidade e morbilidade neste caso tem um grande impacto social e económico, pelo facto se tratar de uma população jovem e ativa. O tratamento inerente ao AVC em jovens adultos é igualmente mais dispendioso, em relação ao custo médio do tratamento da generalidade de doentes com AVC, (Ellis,³ 2010). O mesma ideia é

² “The evidence of increasing rate of stroke in young adult population in the last decades has important implications, notably in public health’s purview in consideration of the long lifetime burden of disability of young adult patients with stroke sequelae” - Renna, R., Pilato, F., Profice, P., Della Marca, G., Broccolini, A., & Morosetti, R., (2014). Risk factor and etiology analysis of ischemic stroke in young adult patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, 23(3), e221-7. Acedido a 8 de outubro de 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.10.008>

³ “A substantial number of young adults experience stroke in the United States at costs that are higher than those for stroke patients overall” - Ellis, C. (2010). Stroke in young adults. *Disability and Health Journal* (Vol. 3). Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2010.01.001>

corroborado por Smajlović⁴, uma vez que os jovens podem ficar incapacitados e ainda se encontram em idade produtiva (2015, p. 157).

O jovem adulto com AVC apresenta assim uma expectativa de vida elevada, pelo que se torna fulcral prevenir as consequências (sociais) a longo prazo e as incapacidades resultantes, (Béjot, Daubail, & Giroud,⁵, 2013) uma vez que as mesmas vão interferir em contextos de enorme relevância na vida da pessoa, nomeadamente a formação de família, a manutenção de uma vida social e o impacto nas escolhas a nível profissional.

Assim sendo, a pessoa que foi vítima de um AVC poderá necessitar de alguém que a auxilie nos seus cuidados após o regresso a casa, uma vez que pode não conseguir realizar as suas AVD de forma autónoma, visto encontrar-se numa situação de deficiência e/ou incapacidade.

Por causa das necessidades a longo prazo, a pessoa com deficiência, depende frequentemente dos membros da família para o cuidado físico, apoio emocional, contatos sociais e ajuda financeira, surgindo assim a presença de um cuidador informal no seio da família, (Karsch, 1998, p.181). Os cuidadores informais, são geralmente constituídos por um familiar, vizinho, amigo ou outro que presta cuidados a pessoas com algum grau de dependência e que não são remunerados economicamente pelos cuidados que prestam (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010, p. 127). Estas pessoas assumem em muitos casos, o papel principal no apoio à pessoa com deficiência/incapacidade, sem terem conhecimentos/competências adequados ao papel que vão desempenhar, facto que torna a tarefa muito mais exigente e desgastante do ponto de vista físico e emocional, (Andrade, 2009, p.300).

A presença destas deficiências/incapacidades, gera uma crise para a pessoa e para a família diretamente envolvida. O cuidado e apoio a esta pessoa, transforma-se frequentemente

⁴ “compared with stroke in older adults, stroke in the young has a disproportionately large economic impact by leaving victims disabled before their most productive years.” - Smajlović, D. (2015) - Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vascular Health and Risk Management*.; 11: 157–164. Publicado em 24 de fevereiro de 2015. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em: doi: 10.2147/VHRM.S53203

⁵ “Even though both survival and functional outcome of young stroke patients are better than those observed in older patients, socioeconomic and quality of life consequences make this disease a main objective for practitioners who should identify individuals at risk and apply preventive strategies” - Béjot, Y., Daubail, B., & Giroud, M. (2013). Epidemiology and prognosis of stroke in young adults. *La Revue Du Praticien*, setembro 63(7), 926–9. ISSN: 00352640. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24167892>

numa sobrecarga significativa para a família, tanto física e emocional como financeira, pois o cuidador informal, ao assumir o cuidado de uma pessoa, procura oferecer o melhor das suas possibilidades e crenças.

No que respeita ao apoio familiar, nos utentes observados durante a realização do Estágio Final, verificou-se que nem sempre existe uma pessoa que se disponibilize para ser cuidador informal. Verificou-se que em casos de pessoas com idades mais jovens os familiares em primeiro grau apresentam-se em idade laboral e passam a ser o único meio de subsistência dessa mesma família, por um período de tempo curto ou longo. Outros, com maior idade, são pessoas idosas que não se demonstram disponíveis, muitas vezes fisicamente para cuidar de outro idoso. Verificou-se que de imediato era procurada uma resposta social, através de referenciação para a Rede de Cuidados Continuados, encaminhamento para Estruturas Residenciais para Idosos ou Centros de Reabilitação.

Em casos com pessoas com maior capacidade financeira estas optam por contratar um cuidador.

Muitos dos Turistas (Estrangeiros) procuram encaminhar os seus familiares para os seus países de origem.

De acordo com os dois contextos vivenciados, é perceptível que a é atribuída uma conotação pessimista no que se refere a alteração neurológica comparativamente com a ortopédica. Os familiares assumem para si que a afeção ortopédica independentemente da idade é temporária, ao passo que a afeção neurológica é considerada permanente.

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

3.1. UAVC e Serviço de Ortopedia

Em Portugal, os enfermeiros ao desempenhar funções em qualquer instituição devem ter presente e adotar na sua prática de cuidados, todas orientações emanadas pela sua Ordem Profissional como o Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem; Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e se Especialistas devem adotar o Perfil de Competências Comuns de Especialista e o Perfil de Competências Específicas de acordo com a sua área de Especialidade, não descurando o regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nem o Código Deontológico, (Guerreiro, 2014).

Muitos Enfermeiros desempenham as suas funções em determinado local e estes apresentam valores. Desta forma, tal como todas as instituições Hospitalares de Portugal o CHUA procura trabalhar a favor do utente, tendo em conta a melhor prática possível de forma a responder às suas necessidades. Pretende desenvolver o trabalho em equipa de forma a prestar cuidados de forma universal e eficiente, não descurando o ambiente organizacional e por isso promovendo a existência de interdisciplinaridade e bom relacionamento no trabalho, não esquecendo a aposta na inovação, gestão participada para que exista realização pessoal e profissional. O CHUA vai de encontro a produção de resultados, ou seja, a criação de valores económicos e sociais. (SNS, 2017a).

O CHUA e a ULSLA sendo na sua maioria uma unidade hospitalar oferece serviços diferenciados que podem terminar os seus cuidados no momento da alta clínica com vista a reintegração domiciliária e continuação de cuidados na comunidade.

Ambas as instituições apresentam um leque enorme de serviços desde a Urgência Polivalente, a serviços Médico-cirúrgicos como Medicina, Cuidados Intensivos, Cirurgia, Blocos Operatórios, Hospital de dia, Consultas externas com as mais variadas especialidades (Obstétrica, Saúde Mental, Otorrinolaringologia e Neurologia). Contudo pela dimensão e necessidade populacional o CHUA apresenta áreas de internamento mais diversificadas e específicas como Saúde Mental e Psiquiatria a Gastroenterologia, Pediatria, Oncologia, Nefrologia, Otorrinolaringologia, Neurologia, entre outros (SNS, 2017b, 2017c).

Reportando ao contexto de prestação de cuidados, sobretudo os cuidados de enfermagem especializados, neste caso os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na UAVC, os EEER compatibilizam a sua prática de prestação de cuidados gerais, com os cuidados especializados, uma vez que apresentam capacidades para diagnosticar necessidades de intervenção, planeiam, implementam e avaliam os resultados das intervenções implementadas, (Vieira, 2017, p.20).

Na restante instituição hospitalar, existem EEER que estão afetos em exclusivo à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

No que concerne à organização da UAVC o rácio é de um Enfermeiro por cada cinco utentes, a prestação de cuidados tem como método de trabalho o de enfermeiro responsável.

O horário de trabalho é definido por roulement, em turnos de oito horas no turno da manhã, oito horas e trinta minutos no turno da tarde e noite. Uma vez que nos turnos da tarde e noite, ocorre a ausência do Enfermeiro Chefe, é determinado um enfermeiro responsável, tendo por consideração o elemento que apresente maior tempo de exercício profissional.

Antes de ser transferida para a UAVC, a pessoa com suspeita ou confirmação de AVC já realizou Exames Auxiliares de Diagnóstico (Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica, Análises Clínicas e Eletrocardiograma) que permitem confirmar o diagnóstico de AVC. No caso deste, ser de etiologia isquémica, se for detetada a localização de um trombo cerebral e o tempo decorrido desde o início da sintomatologia se situe no intervalo de tempo até 4 horas e 30 minutos, poderá realizar Fibrinólise e até 6 horas poderá realizar trombectomia, se esta reunir critérios (AHA/ASA, 2015).

Se a pessoa reunir critérios para realização de trombectomia, após discussão com a Especialista em Neurorradiologia e ministração de fibrinólise, o utente é transferido, por meio aéreo para uma Unidade Hospitalar com capacidade de realizar este procedimento, ou seja, outra unidade hospitalar (Hospital de São José ou Hospital de Santa Maria) que apresenta uma UAVC do Tipo A.

Os utentes que são encaminhados para a UAVC podem apresentar inúmeras alterações como se pode observar no subcapítulo 2.3.1. contudo, é expectável que aqui estabilizem o seu estado clínico e que seja possível reverter ou atenuar alguns dos seus défices através medidas farmacológicas, fibrinólise e/ou em casos que se se justifique encaminhamento para tratamento mecânico como a trombectomia e através de planos de reabilitação.

Caso não seja detetado trombo cerebral e o utente se encontre em período útil é ministrada fibrinólise e fica em observação da UAVC durante 24 a 48 horas.

Se o utente apresentar estabilidade hemodinâmica e realizar levante sem intercorrências e com estudo clínico analítico e imagiológico completo (Eco-Cardiograma, Eco-Doppler dos vasos do pescoço, eletrocardiograma, Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica de controlo ao fim de 24 ou 48 horas que condiz com a observação clínica este é transferido para outro serviço (Serviço de Neurologia ou Serviço de Medicina), ou poderá receber alta clínica e realizar o estudo em ambulatório. Caso restem dúvidas o utente realiza Ressonância ou Angio-ressonância Magnética Crânio Encefálica.

Na UAVC a realização do primeiro levante dos utentes, ocorre depois de 24 horas de internamento, após realização terapêutica antiagregante e anticoagulante no caso de pessoa com AVC Isquémico e 48 horas após internamento, em pessoas com AVC Hemorrágico ou submetida a fibrinólise. Em ambos os casos, garante-se primariamente a estabilidade hemodinâmica dos utentes.

Durante o internamento na UAVC todos os utentes, diariamente, além de acompanhamento de Enfermagem e Médico permanente, estes são observados por Fisiatria, Psicologia, Dietética, Assistente Social, importa salientar também Terapia Ocupacional e Fisioterapia e quando necessário por Terapia da Fala, uma vez que a presença de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação permite adequar a intervenção para alimentação de forma segura. Caso seja necessário poderá ser solicitado apoio a outras especialidades médicas como Neurologia, Cardiologia, entre outras.

Destaca-se no seio desta equipa o papel do EEER, no sentido de compreender as afeções físicas e qual a localização do AVC, pois a localização pode afetar não só o que é observável

como complicação maior. Preconiza-se que desta forma o EEER promova ganhos em saúde, previna limitações, reduza sequelas e promova a autonomia e independência no sentido de aumentar a qualidade de vida. (O.E., 2011, pp.1-5). Ou seja, o EEER é capaz de iniciar o mais precocemente possível, um plano de cuidados que promova a recuperação da pessoa afetada, antevendo quais as dificuldades que a pessoa poderá apresentar de imediato, monitorizar a sua evolução e preparando a pessoa para enfrentar as barreiras no exterior do ambiente hospitalar.

O EEER é o elemento no interior da sua equipa, que delinea um plano de cuidados específicos e que pode introduzir algumas modificações na prática dos Enfermeiros de cuidados gerais, de forma a assegurar a continuidade dos seus planos com vista a potenciar os ganhos para o utente.

Existem sequelas físicas que mais tarde se apresentam como deficiências de carácter crónico e tendem a deixar determinado grau de incapacidade, daí ser iniciado o mais atempadamente possível, de acordo com a estabilidade do utente, um plano de capacitação tendo em conta as suas potenciais necessidades.

As alterações da mobilidade surgem como o fator de alerta para o início súbito de uma alteração, que é considerada uma emergência, como é o caso do AVC. Atualmente a maioria da população já se encontra alertada para os seus sinais e sintomas. Para Menoita [et. al.] as alterações da mobilidade “estão relacionadas com as modificações da força e do tónus muscular, do mecanismo de controlo postural e sensibilidade” (2014, p.74). A modificação da mobilidade poderá ser preditora de “perda de padrões de movimentos do hemicorpo afetado, bem como a padrões inadequados do lado não afetado” logo os objetivos de reabilitação nesta AVD segundo a mesma autora tendo por base Bobath (1990) & Jonhstone (1987) são “evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade; estimular sensibilidade, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado” (2014, p.76). O EEER “pode recorrer a diversas técnicas/estratégias, de acordo com a situação da pessoa.” Estas são a “facilitação cruzada, indução de restrições, posicionamento em padrão antispástico, estimulação sensorial, programa de mobilizações, atividades terapêuticas”, (Menoita et al. 2014, p.76).

No decurso do estágio foi notória a presença de alterações faciais decorrentes de AVC, ou seja, Parésia Facial do tipo Central (PFC). Foi notória também que não existia real preocupação em recuperar a normal aparência.

Assim surgiu a necessidade de criar um plano de Intervenção para Recuperar a Expressão da Pessoa com Parésia Facial Central – Implicações para Enfermagem de Reabilitação.

Destacam-se assim como pontos fortes, toda a organização processual no diagnóstico correto e atempado da pessoa com AVC e as suas possibilidades de tratamento, bem como a observação diária em conjunto dos diferentes profissionais intervenientes. Como pontos fracos e por isso necessitam de melhoria, mas que não dependem da equipa, mas sim da organização, a falta de Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação afetos exclusivamente à prática de cuidados Especializados, pois em conjunto com os restante profissionais (Médicos de Medicina Interna, Fisioterapeutas, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional), poderiam potenciar os ganhos na recuperação e capacitação dos utentes e familiares, bem como criar uma maior sinergia de conhecimentos entre si.

Reportando ao contexto ortopédico, o serviço de Ortopedia apresenta lotação de 16 camas para utentes internados em fase pós-traumatológica, enquanto aguardam condições para intervenção cirúrgica, ou para realização de cirurgia eletiva para colocação ou revisão de próteses e utentes em fase de pós-operatório. As restantes zonas de apoio encontram-se junto das enfermarias. Deve ser destacada a casa de banho adaptada com possibilidade de realizar banhos assistidos e uma sala com os diferentes recursos materiais necessários á prestação de cuidados Ortopédicos como canadianas, andarilhos, diferentes talas e coletes.

No serviço existe uma enfermaria com capacidade de 4 camas destinada a monitorização de utentes no período de pós-operatório imediato. Nesta enfermaria é realizada uma monitorização constante de todas as pessoas admitidas, através de monitorização eletrocardiográfica; avaliação não invasiva da tensão arterial; avaliação da saturação periférica de oxigénio e avaliação periférica da temperatura corporal.

Em termos de recursos Humanos dispõe de 3 Enfermeiros no turno da manhã e tarde e 2 Enfermeiros no turno da noite, num total de 15 elementos que compõe a equipa, um dos quais Mestre em Enfermagem de Reabilitação e uma Enfermeira Chefe Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. O rácio é de um Enfermeiro por cada 5 utentes, no turno da manhã e tarde e de um Enfermeiro por cada 8 utentes no turno da noite. A prestação de cuidados tem como método de trabalho o de enfermeiro responsável.

O serviço dispõe ainda de 9 assistentes operacionais e uma assistente administrativa. Há uma equipa de 3 Ortopedistas em regime de prevenção ao Serviço de Urgência que estão também de apoio ao Serviço de Ortopedia durante vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano.

A equipa de Anestesiologia que se encontra de apoio ao Bloco Operatório acaba por suplementar as necessidades do Serviço, sobretudo no controlo sintomático de dor. Quando necessário é solicitado o apoio de outras especialidades sobretudo de Medicina Interna, por situações como infeções ou das mais variadas descompensações orgânicas.

No momento de admissão, de uma pessoa com traumatismo ainda em contexto de serviço de urgência é realizada radiografia em visão ântero-posterior e ântero-lateral no caso de fratura de anca para perceber o tipo e zona em que ocorre a fratura. No caso de se verificar queixas álgicas a nível do joelho é também realizado uma radiografia ântero-posterior para perceber se existe desgaste cartilágíneo, sem nunca esquecer os antecedentes patológicos, idade e sexo, pois como referido anteriormente apresentam-se como possíveis influenciadores de diagnóstico. Quando as queixas e sinais não são evidentes para estas patologia ou em caso de traumatismo com necessidade de intervenção mais complexa poder-se-á recorrer a realização de Tomografia Axial Computorizada ou Ressonância magnética

No caso da cirurgia eletiva este estudo já se encontra realizado através do seguimento em ambulatório, de consulta externa. Em qualquer dos casos carecem de consulta pré-anestésica e realização de exames, como análises ao sangue e urina, eletrocardiograma e prova de função respiratória.

Após cirurgia e permanência na Unidade de cuidados pós-anestésicos, a pessoa é encaminhada para a unidade de cuidados pós cirúrgicos, no serviço de Ortopedia para vigilância rigorosa.

A realização do primeiro levante, após intervenção cirúrgica, ocorre após de 24 horas e após administração de anticoagulante plaquetário e colocação de meias anti-trombo-embólicas, por prevenção.

Tal como acontece da UAVC também aqui os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação são compatibilizados com a prática de cuidados gerais.

Percebe-se pela análise da população anteriormente apresentada que a população que utiliza este serviço, apresenta fratura ou desgaste articular e que necessita de substituição articular por componente protésico. O EEER desempenha aqui um papel crucial pois apresenta todas as condições para promover ganhos em saúde, prevenção limitações, redução de sequelas, promoção de autonomia, independência e aumento de qualidade de vida, (O.E., 2011, pp.1-5).

O seu papel inicia-se imediatamente com os cuidados pré-operatórios, antevendo quais as complicações que resultarão da imobilidade ou da adoção de posições viciosas do membro operado e através da recolha de dados para compreender as condições arquitetónicas habitacionais e do seu redor. Desde cedo inicia a sua intervenção, com instrução e treino com auxiliar de marcha, posicionamentos no leito, transferências pelo lado afetado ou pelo lado são, não descarta os exercícios de reeducação funcional respiratória como por exemplo ciclo ativo das técnicas respiratórias.

Desta forma, o EEER é capaz de iniciar o mais precocemente possível, intervenções que promovam a recuperação da pessoa, antevendo quais as dificuldades que a pessoa poderá apresentar de imediato, monitorizar a sua evolução, preparando e alertando a pessoa e/ou os seus familiares, que assumem aqui o papel de cuidadores informais, na maioria das vezes num período de tempo limitado, para a prevenção de acidentes sobretudo domiciliários, bem como para as suas adaptações necessárias.

No interior da sua equipa, o EEER que delineia um plano de cuidados específicos que pode introduzir algumas modificações na prática dos Enfermeiros de cuidados gerais, de forma a assegurar a continuidade dos seus planos com vista a potenciar os ganhos para o utente. Neste caso específico poderá ser planeamento do primeiro levante e seguintes, bem como o treino de marcha, com vista á correção de posições viciosas já adotadas antes da cirurgia, bem como na coordenação dos auxiliares de marcha. Aqui apelando aos conceitos de deficiência e incapacidade remetemo-nos para deficiência como a posição viciosa que necessita de ser corrigida/adaptada e incapacidade como por exemplo a de permanecer demasiado tempo de pé e aqui o EEER atua sobretudo no despertar para os sinais de cansaço e gestão de esforço.

Como pontos fortes são destacados, toda a organização processual no diagnóstico correto e atempado do tipo e localização de fratura. Apesar de terem sido apenas referenciadas as afeções de anca e joelho é de salientar a subespecialidade dos diferentes ortopedistas (Anca, Joelho, Coluna Vertebral, Ombro e Mão). Apesar de na UAVC ser realizada reunião diária com as diferentes classes profissionais, neste serviço ocorre a reunião diária de avaliação dos utentes com equipa de ortopedia, que se encontra disponível e com a equipa de enfermagem. Mas verifica-se a possibilidade de intervenção de outros grupos profissionais como (Médicos de Medicina Interna, Dietista ou Assistente Social).

Outro ponto forte que a ULSLA apresenta é a criação de uma Comissão de Qualidade e Segurança do Doente com vista a” promoção da qualidade e a gestão do risco, visando sempre a segurança do doente”. Esta comissão apresenta como competências: Aplicar as diretivas definidas pela DGS em termos de qualidade; promoção de melhoria contínua através do incremento da utilização dos meios existentes, procurando também avaliar a satisfação de utentes e profissionais; orientar processos de melhoria contínua, certificação e acreditação, avaliando os ganhos com a qualidade e perdas pela sua falta; realizar programas de auditoria e tratamento de forma corretiva de não conformidades; identificar fatores que dificultam acesso aos serviços de saúde pelos utentes, (SNS, 2016b).

3.2. Enquadramento Conceptual de Enfermagem: Contributos da Teoria de Dorothea Orem na prática de cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação

Na prestação de cuidados são inumeráveis as intervenções que o EEER pode realizar. Contudo, uma das que mais peso apresenta é o Autocuidado na satisfação de atividades de vida diária, pois é aquele que se executa a todo o momento, é também o que pode ser retirado de imediato decorrente do AVC e de limitação osteoarticular. Importa por isso definir o que é o Autocuidado.

O autocuidado, “(...) é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal”, (Petronilho, 2012, p. 11), sendo por isto um conceito multifacetado.

Segundo Smith & Parker⁶ (2014, p. 113) Dorothea Orem definiu três requisitos para a conceção do autocuidado:

- I) Requisitos universais de autocuidado - (comuns a todos os seres humanos - processos de vida e manutenção da integridade);
- II) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento - (quando há necessidade de adaptação às mudanças de vida);
- III) Requisitos de autocuidado no desvio de saúde – (mudanças no estado de saúde que produzem situações de dependência parcial ou total de outros devido à necessidade de manter a vida e o bem-estar).

⁶ “Orem developed tree type of self-care requisites (or requirements). Universal, developmental, and health deviation. (...) universal self-care requisites are necessary for all human beings of all ages and in all conditions, such as, food, activity and rest, solitude, and social interaction. (...) Orem identified ... developmental selfcare requisites ... to actions necessary for general human developmental processes throughout the life span. (...) Health deviation self-care requisites are situation-specific requisites or goals when people have disease, injuries, or are under professional medical care” - Smith, M. & Parker, M. (2015) - *Nursing Theories and Nursing Practice*. FOURTH EDITION – F. A. Davis Company ISBN: 978-0-8036-3312-4. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em https://books.google.pt/books?id=oMjXBgAAQBAJ&pg=PA111&lpg=PA111&dq=Orem,+2001+p.+254&source=bl&ots=-w2SjTcHiY&sig=ny4C2RESTD2V9RheV2Kjmgsvgdg&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjcmNvukN_WAhVpK8AKHRdiAXUQ6AEINTAD#v=snippet&q=major%20concepts%20orem&f=false

Desta forma, segundo Alligood⁷ (2018, p.201), Orem desenvolveu a Teoria do Défice de Autocuidado (TDAC) tendo em conta a relação intrínseca de 4 teorias:

1. Teoria de Autocuidado (descreve como e o porquê das pessoas cuidarem de si);
2. Teoria do cuidado dependente (descreve e explica como é que os familiares e amigos cuidam da pessoa que é socialmente dependente);
3. Teoria do défice de autocuidado (descreve e explica como é que as pessoas podem ser ajudadas através de Enfermagem);
4. Teoria dos Sistemas de Enfermagem (descreve e explica as relações que devem ser trazidas e mantidas para a disciplina de enfermagem ser produzidas).

Tendo por base os pressupostos de Orem e a sua teoria, quando a pessoa não tem capacidade de se autocuidar, surge o défice de autocuidado. Para diminuir estes défices o enfermeiro adequa a sua intervenção, para minimizar os efeitos desse défice, ou seja, o EEER pode substituir a pessoa ou apenas suplementá-la na satisfação das suas necessidades. O enfermeiro ensina, orienta, estimula, promove e apoia o doente a colmatar as carências de autocuidado para que estes défices sejam atenuados, (Duarte, 2014, p. 47). Por outras palavras, o EEER colmata as necessidades de autocuidado da pessoa com AVC através da das suas aptidões, “exercendo o seu papel de agente de autocuidado terapêutico”, (Petronilho, 2012, p.25). Para o mesmo autor

“Os cuidados de enfermagem são exigidos uma vez que existe um défice de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado)” (2012, p.25).

⁷ “The self-care deficit nursing theory is a general theory composed of the following four related theories:

1.The theory of self-care, which describes why and how people care for themselves.

2.The theory of dependent-care, which explains how family members and/or friends provide dependent-care for a person who is socially dependent.

3.The theory of self-care deficit, which describes and explains why people can be helped through nursing

4.The theory of nursing systems, which describes and explains relationships that must be brought about and maintained for nursing to be produced.” Alligood, M. (2018) - *NURSING THEORISTS AND THEIR WORK - NINTH EDITION* – ELSEVIER. ISBN: 978-0-323-40224-8. Acedido a 20 de janeiro de 2018. Disponível em <https://books.google.pt/books?id=l7stDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

Com fundamento nesta teoria, o EEER adequa a prestação de cuidados de forma a compensar as limitações da pessoa, mas valorizando as capacidades de autocuidado da mesma. Desta forma o EEER substitui a pessoa na satisfação das suas necessidades de autocuidado, com vista a desenvolver gradualmente as suas próprias habilidades e capacidades.

Como referido anteriormente, o cuidado informal requer dos familiares uma participação ativa no processo de reabilitação, tendo estes, um papel fundamental para a adesão ao tratamento e suporte ao indivíduo. Assim o EEER, em casos de dependência substitui a pessoa na satisfação das suas necessidades numa forma inicial até que esta pessoa consiga satisfazer as suas necessidades e ao mesmo tempo, quando possível, instruí e esclarece os seus familiares com vista a que estes se tornem cuidadores informais.

As principais exigências a que o cuidador está sujeito são zelar pela saúde, bem-estar, alimentação, higiene pessoal e atividades lúdicas da pessoa sujeita aos cuidados, ou seja, cuidar. Para Honoré “cuidar, significa a atenção especial que iremos dar a uma pessoa, vivendo uma determinada situação, tendo em vista prestar-lhe ajuda, contribuir para o seu bem-estar, promover a sua saúde”, (2000, p.169).

Desta forma, espera-se que os EEER contribuam de uma forma ativa, para capacitar as pessoas a lidarem com a doença, uma vez que o recetor de cuidados é também ele membro dessa família e conseqüentemente, terá que gerir os desafios no regresso ao domicílio. Assim, o enfermeiro tem um papel preponderante na relação terapêutica, contribuindo para o processo de adaptação à nova condição de vida (O.E., 2009, p.15).

Os EEER norteiam a sua intervenção, tendo presente a satisfação das necessidades humanas básicas, a máxima independência na realização das atividades de vida diária e os processos de adaptação e readaptação funcional aos défices, ou seja, à sua nova condição, melhorando a função, preservando a autoestima e promovendo a qualidade de vida. Simultaneamente agem antecipadamente na resolução de problemas, treinando o cuidador informal para a prestação de cuidados, tendo em conta as necessidades do cuidador e da pessoa cuidada, (O.E, 2011, p.1)

O EEER utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação das pessoas e seus cuidadores informais na preparação do regresso a casa, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas, na família e na comunidade, proporcionando-lhe o direito à dignidade e à qualidade de vida (O.E, 2011, p.1). Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes referem que “(...) cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros (...)” centrando a intervenção numa dinâmica harmoniosa entre cuidador e pessoa dependente. (2010, p.127).

Aprimorando o olhar sob esta vertente, Branco & Santos defendem que o processo de reabilitação deve ser “um processo permanente de ajuda e descoberta de soluções e de adaptações novas” para suprir as necessidades da pessoa resultam numa “interação positiva entre ela e o ambiente onde está inserida” (2010, p.122).

4. OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No decorrer do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na vertente de Enfermagem de Reabilitação, é preconizado o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de EEER e a demonstração de competências de mestre.

Como competências comuns procura-se assumir o domínio de quatro competências “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, OE (2010, p 3)

Pretende-se ainda adquirir domínio das competências especializadas como EEER, uma vez que atua em todos os contextos de prática de cuidados a pessoas com necessidades especiais durante do ciclo vital, capacita a pessoa com deficiência, com limitação da atividade e/ou restrição da participação, para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade para desenvolver as capacidades da pessoa, com vista a promoção da independência e maximização da satisfação da pessoa. (O.E. 2011, p.2). De acordo com o mesmo referencial, o EEER, cria, aplica e controla os diferentes planos de enfermagem de reabilitação de acordo com os problemas observados e previstos das pessoas. Uma vez que apresenta um conjunto de saberes e prática superior, consegue realizar deliberações sobre a “promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”, (O.E. 2011, p.1).

Pretende-se também dar resposta aos objetivos definidos pelo Decreto-Lei N.º 63/2016 de 13 de setembro, que regulamenta a definição de graus académicos e dos diplomas do ensino superior, neste caso o grau de mestre.

O grau de mestre pode ser conferido a quem possuir um elevado nível de conhecimentos e de capacidade de compreensão e que os saiba aplicar em situações não habituais em ambientes de disciplinas relacionadas com a sua área, apresentar capacidade para integrar conhecimentos e emitir juízos que impliquem responsabilidades de natureza ética ou social. Deve ter capacidade para comunicar as suas conclusões e processo de raciocínio a todos os indivíduos com diferentes níveis de conhecimento e assim desenvolver competências que lhe permitam “uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo”, (2016, p.3174).

Para aquisição de todo este conjunto de competências foi necessária a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, a pessoas admitidas no contexto de prática clínica, mas sobretudo a planificação e concretização de um projeto de intervenção profissional, de forma a promover a recuperação da parésia facial do tipo central com o sentido de perceber as implicações da prática de Enfermagem de Reabilitação, bem como para diminuir as consequências daí advindas.

Com o intuito de responder aos objetivos da Unidade Curricular Estágio Final e servindo todos os pressupostos até aqui mencionados e referenciados, foi elaborado o presente projeto de intervenção em enfermagem de Reabilitação no contexto de prática de cuidados.

Os objetivos principais do atual projeto são: Avaliar o grau de parésia facial; Estabelecer um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação focalizado na parésia facial central; Avaliar os ganhos em saúde advindos do plano de intervenção.

No sentido de obter a resposta mais adequada aos objetivos desta intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a parésia facial do tipo central, tendo em conta as suas consequências e quais as intervenções de reabilitação mais adequadas para elaboração de um plano de reeducação funcional motora da hemifac afetada, para efetivamente evidenciar os ganhos que cada individuo poderá ter, de forma imediata e na prevenção de complicações futuras.

Além dos ganhos evidenciados para cada individuo este projeto de intervenção profissional pretende demonstrar a necessidade de elaboração de projetos nesta área de mobilidade específica e a possibilidade de intervenção de EEER.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO – RECUPERAÇÃO DA PARÉSIA FACIAL DO TIPO CENTRAL - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

No decorrer deste capítulo serão apresentados os aspectos mais relevantes após pesquisa bibliográfica sobre a Parésia Facial do Tipo Central (PFC), não descurando a anatomia do nervo facial, os músculos enervados, e quais os exercícios indicados para a sua recuperação, de forma a mobilizar estes conteúdos, para a elaboração de um plano de reabilitação da PFC.

Posteriormente será descrita a metodologia utilizada ao longo do desenvolvimento deste projeto, tendo em conta os procedimentos éticos e processuais, o tipo de estudo, os critérios de inclusão para seleção de participantes no estudo, os diferentes instrumentos de colheita de dados e posteriormente a descrição do plano de intervenção propriamente dito, bem como o plano de treino delineado.

Para Finalizar este capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da análise da população em estudo e dos participantes incluídos, realizada a discussão sobre a pertinência desses mesmos resultados e posteriormente a apresentação de algumas considerações finais sobre o projeto.

5.1. Parésia Facial do Tipo Central

Direcionando o autocuidado mobilidade para o principal foco deste relatório, a parésia facial central, é uma das consequências mais comuns após o AVC e é aquela que muitas vezes desperta a atenção daqueles que estão por perto, ocorrendo por alteração da mímica facial. O movimento facial é responsável pela comunicação verbal e não-verbal, pela fala, alimentação e proteção para os olhos, (Konecny⁸ et al, 2014, p.133).

⁸ “One of the most common disorders in patients after stroke is facial paresis (n. VII), which is reflected in a change in mimicry. Mimicry is one of the functions of human communication system. It serves not only to maintain the

Para executar a sua função os músculos faciais alteram a superfície facial de várias maneiras. A musculatura facial é bastante diferenciada pois, para além de abrir e fechar os olhos e a boca, a sua complexidade permite expressar um grande número de sensações, podendo refletir o estado de espírito e humor, (Konecny, Elfmark e Urbanek⁹, 2011).

Quanto à tipologia, a paralisia facial pode ser de dois tipos: periférica ou central.

A paralisia facial periférica abrange uma maior área da face (dois andares) uma vez que a lesão axonal do neurónio, pode ocorrer em qualquer local da face (Chevalier (2006) citado em Matos (2011, p.907), desde o nervo facial à placa motora (nas vias motoras) ou aos órgãos sensitivos, (Matos, 2011, p. 907). As alterações que caracterizam este tipo de paralisia são: alterações no enrugamento da testa, na presença de lagoftalmo, incapacidade de movimentar a sobrancelha, falta de adejo nasal e assimetria da comissura labial. É ainda possível observar alterações do paladar, da audição ou da produção salivar, (Matos, 2011, p.908).

Por sua vez a parésia facial central ocorre maioritariamente após AVC. Apresenta um defeito funcional e estético que se manifesta pela assimetria facial, com incapacidade muscular para a mímica na metade inferior do rosto, perda de saliva pelo canto da boca, sorriso

facial expression but has an important role in speech, in singing, in social communication interaction, in food intake and in eye protection.” - Konecny, P., Elfmark, M., Horak, S., Pastucha, D., Krobot, A., Urbanek, K. & Kanovsky, P. (2014). Central facial paresis and its impact in mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. *Biomed Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc Czech Republic*, 158(1), 133-137. Acedido dia 17 de janeiro de 2018. Disponível em: http://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio-201401-0021_central_facial_paresis_and_its_impact_on_mimicry_psyche_and_quality_of_life_in_patients_after_stroke.php. DOI: 10.5507/bp.2013.014.

⁹ “Facial movement is one of the functions of the human nonverbal communication system. It serves not only to maintain the facial expression, but also plays an important role in speech, social communication, eating, singing, and eye protection. Facial muscles can alter the facial surface in various ways to execute their functions. In addition to opening and closing the eyes and mouth they also have a reporting function. Highly differentiated and complex facial musculature can express a large number of sensations and can reflect the state of mind and mood of an individual” - Konecny, P., Elfmark, M. & Urbanek, K. (2011). Facial paresis after stroke and its impact on patients’ facial movement and mental status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 73-75. Acedido dia 17 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0645>. DOI: 10.2340/16501977-0645.

assimétrico, alteração da fala por atonia dos lábios, língua e garganta, (Amber & Kalita¹⁰ (1999, 2006), citado em Konecny¹¹ et al, 2014, p.133).

No estudo desenvolvido por Konecny¹², et al. é referido que através de uma pequena observação é possível perceber qual o tipo de parésia presente. No entanto, para uma avaliação mais objetiva pode recorrer-se ao uso de escalas, sendo a mais consensual e comumente utilizada é a escala de House-Brackmann¹³, (2014, p. 133). A escala de House-Brackmann é também uma escala presente no documento para recolha de dados da Ordem do Enfermeiros (O.E. 2016, p.33).

Um estudo apresentado no ano anterior por Nellis^{14,15} et al. (2017) conclui que através da escala utilizada para avaliação, os piores resultados traduzem-se no aumento da depressão por utentes com paralisia facial. Neste estudo constatou-se que o sexo feminino está mais suscetível à depressão e que os utentes com maior gravidade da parésia facial estão sujeitos a deprimir mais facilmente, do que indivíduos sem parésia facial. Este estudo refere ainda que os utentes relataram sentir-se menos atrativos e com humor mais deprimido, comparativamente com os que não apresentam parésia facial, traduzindo-se nos seus questionários de qualidade

¹⁰ “Paresis of the facial nerve after stroke causes a functional and aesthetic defect in a patient which is manifested by facial asymmetry with mimicry muscle disability of the lower half of the face, falling of the corner of the mouth, saliva leakage from the corner of the mouth, asymmetrical smile and speech explicitness disorder with atonia of the lips, tongue and throat.” – Referência Bibliográfica disponível em nota de rodapé, no Subcapítulo 5.1 página 47.

¹¹ “Paresis of the facial nerve after stroke causes a functional and aesthetic defect in a patient which is manifested by facial asymmetry with mimicry muscle disability of the lower half of the face, falling of the corner of the mouth, saliva leakage from the corner of the mouth, asymmetrical smile and speech explicitness disorder with atonia of the lips, tongue and throat.” – Referência Bibliográfica disponível em nota de rodapé, no Subcapítulo 5.1 página 47.

¹² “On the basis of clinical examination we can diagnose central or peripheral paresis of the facial nerve” (...) The most used test battery is testing by means of the House-Brackmann Grading System” – Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé do subcapítulo 5.1., página 47

¹³ “The most used test battery is testing by means of the House-Brackmann Grading System” – Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé do subcapítulo 5.1., página 47

¹⁴ “facial paralysis was significantly associated with increased depression and worse QOL scores. In addition, female sex was significantly associated with increased depression scores. Moreover, patients with a greater severity of facial paralysis were more likely to screen positive for depression. Clinicians initially evaluating patients should consider the psychological impact of facial paralysis to optimize care.”

¹⁵ “Patients with facial paralysis had significantly higher depression, lower self-reported attractiveness, lower mood, and lower QOL scores” - Nellis, Jason C; Ishii, Masaru; Byrne, Patrick, J. et al. (2017, maio-junho) - Association Among Facial Paralysis, Depression, and Quality of Life in Facial Plastic Surgery Patients - *JAMA Facial Plastic Surgery*. 2017;19(3):190-196. Acedido a 20 de janeiro de 201. Disponível em: doi:10.1001/jamafacial.2016.1462

de vida. O estudo adverte ainda que deve ser considerado o impacto psicológico para otimizar o cuidado (2017).

A expressão facial, demonstra o estado psicológico de cada indivíduo e caso não o consiga expressar, psicologicamente, pode apresentar consequências, (Konecny¹⁶ et al. (2014, p. 133).

Konecny¹⁷ et. al. reforçam esta ideia, pois utentes com depressão apresentam maior dificuldade em se reabilitar, períodos de hospitalização mais longos, maior dificuldade em regressar ao domicílio e pior qualidade de vida (2014, p.135).

5.1.1. Anatomia do Nervo Facial – VII Par Craniano

O diagnóstico correto da alteração por de PFC implica o conhecimento da localização do nervo facial, os seus pontos motores e músculos enervados de forma a definir a localização da lesão do nervo facial.

De acordo com Jorge, Boldorini & Weber o nervo facial ou VII par craniano enerva todos os músculos subcutâneos da cabeça e pescoço, dos ossículos do ouvido e alguns músculos do véu palatino. É um nervo misto porque possui funções sensitivas e motoras e divide-se noutra componente, uma raiz nervosa adjacente, (2005).

Como o próprio nome indica, a raiz motora do nervo facial, enerva os músculos da expressão facial. Essa raiz inicia-se no sulco Bulboprotuberancial, enervando os músculos originários no segundo arco braquial, que são os músculos da mímica facial, músculos estapédio, ventre posterior do digástrico, músculo hestilohiodeu e músculos do pavilhão

¹⁶ “Mimicry reflects to us, among other things, the psychological state of the patient, and contrarily, mimicry failure may have psychological consequences” - Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé do subcapítulo 5.1., página 47

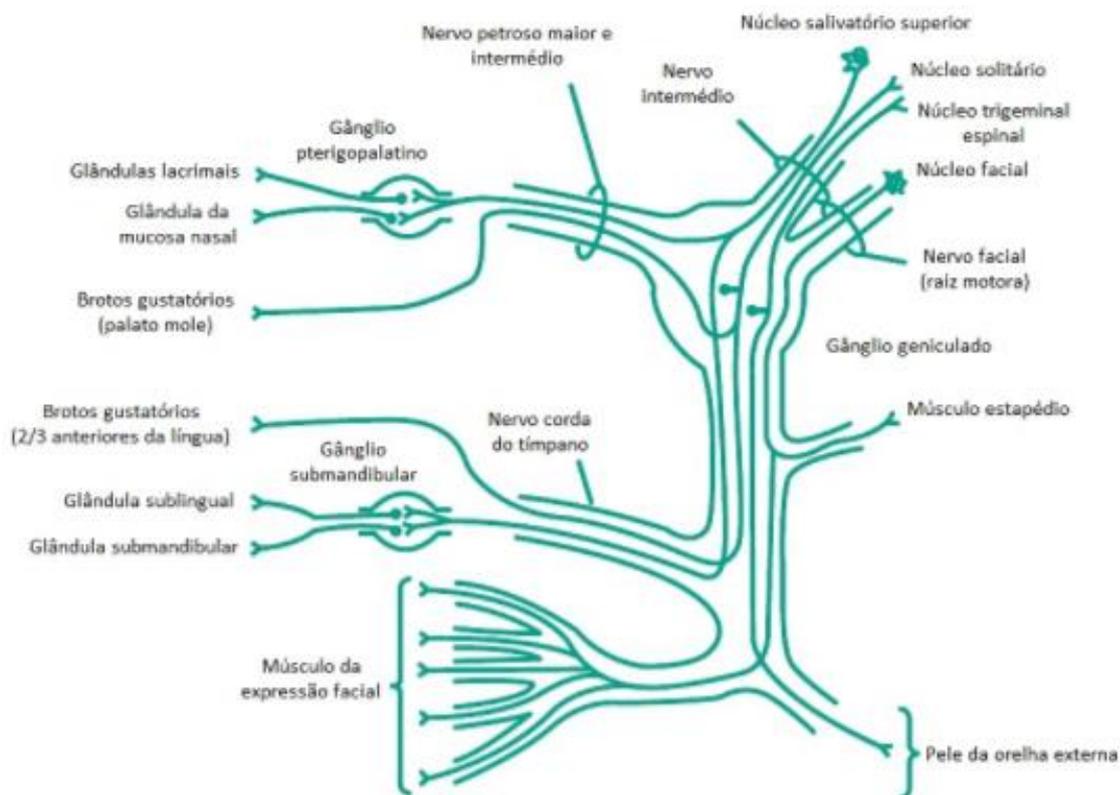
¹⁷ “Patients with depression, after stroke have a significantly poorer self-sufficiency, prognosis, worse rehabilitation effect, worse quality of life, longer hospitalization period, and impaired ability to return to the home environment.” – Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé do subcapítulo 5.1., página 47

auricular. Esta raiz motora apresenta enervação Eferente Visceral Especial, (Jorge, Boldorini & Weber, 2005).

Por sua vez a raiz nervosa adjacente (nervo intermédio) também se inicia no sulco boboprotuberancial e é constituída por três componentes sensoriais: Aferente Visceral Geral, Aferente Visceral Especial e Aferente Somático Geral. A via Aferente Visceral Geral conduz o impulso nervoso dos viscerosceptores ao Sistema Nervoso Central (constituem o sistema nervoso parassimpático), permitindo a enervação da parte superior das fossas nasais e face superior do palato mole e glândulas lacrimais, a via Aferente Visceral Especial (permite a gustação nos 2/3 anteriores da língua) e a via Aferente Somático Geral (permite a contração do músculo estapédio em resposta ao sons elevados), (Jorge, Boldorini & Weber, 2005).

Na figura seguinte verifica-se a anatomia do nervo facial e regiões enervadas.

Figura nº 1. – Anatomia do nervo facial e regiões enervadas.

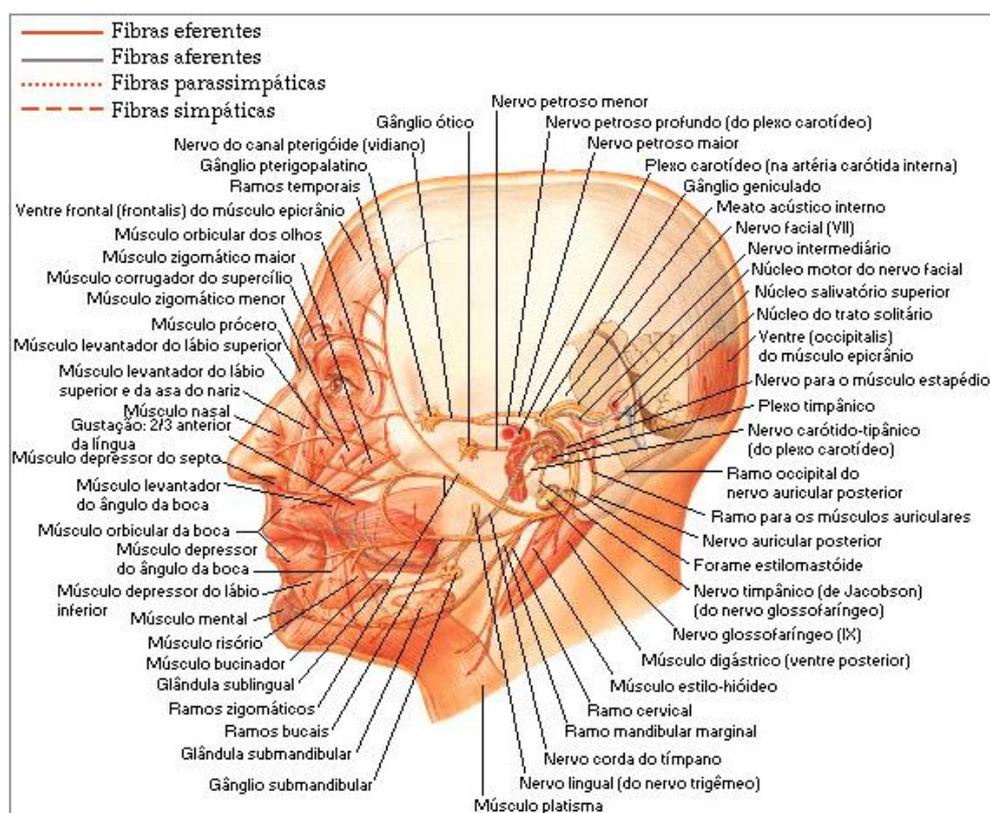


Fonte: Kandel et. al. (2013)

5.1.2. Músculos da Expressão Facial

Para compreender melhor o trajeto do nervo facial, a ramificação das suas fibras e músculos enervados na face, apresenta-se a seguinte figura:

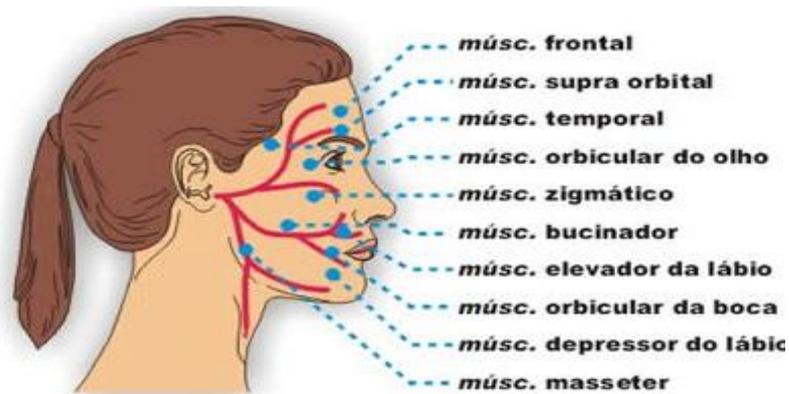
Figura nº 2 - Trajeto do nervo facial e ramificação das suas fibras na face, crânio e músculos enervados



Fonte: Netter (2015).

A ramificação do nervo facial conduz a pontos motores para os diferentes segmentos musculares. A imagem seguinte demonstra de forma exclusiva, os pontos motores do nervo facial, sendo estes o foco do presente relatório.

Figura nº 3 – Nervo facial e respetivos pontos motores para os diferentes segmentos musculares



Fonte: CK (s.d). Disponível em: <http://www.ck.com.br/eletroestimulacao-muscular-facial/>

Os músculos da face encontram-se inseridos no tecido subcutâneo da face e pescoço permitindo o controlo das expressões faciais (comunicação não verbal) (Anexo I - Quadro resumo dos músculos faciais e suas funções).

Estes são muito diversificados e apresentam diferentes áreas de atuação.

Em torno dos olhos e sobrancelhas destacam-se os seguintes músculos: músculo occipitofrontal, músculo orbicular das pálpebras, músculo levantador da pálpebra superior e músculo supraciliar.

O músculo occipitofrontal eleva a pele das regiões supraciliares (zona das sobrancelhas, pálpebras superiores e permite ainda enrugar a testa). O músculo orbicular das pálpebras encerra a fenda palpebral e forma as rugas junto ao canto externo das pálpebras.

O músculo levantador da pálpebra superior ergue a pálpebra superior. O músculo supraciliar puxa as sobrancelhas para inferior e internamente, criando rugas verticais na pele entre os olhos.

Estes músculos apresentam-se no andar superior da face, enquanto os seguintes são referentes ao andar inferior.

Inerente ao movimento dos lábios e da pele em torno da boca, realça-se outro conjunto de músculos.

O Orbicular dos lábios e o Bucinador, são os músculos do beijo, ou seja, protraem os lábios, fecham a boca, comprimem os lábios contra os dentes, sendo por isso também responsáveis pela fonação de forma correta. O Bucinador permite comprimir e deprimir as bochechas contra a mandíbula e maxila (assobiar e soprar).

Não obstante, o sorriso irônico é realizado pelo Levantador do Lábio Superior, ou seja, eleva o lábio. O Levantador do Lábio Superior em conjunto com o músculo da Asa do Nariz, elevam o lábio superior, a asa do nariz e assim aprofundam o sulco nasolabial. O ato de rir é realizado pelo Grande e Pequeno Zigomáticos, Canino e Risorius de Santorini.

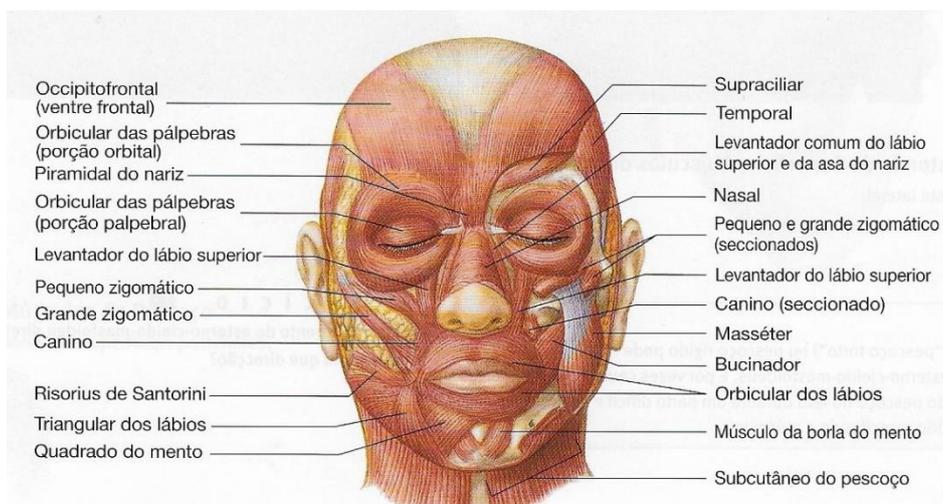
O Grande e Pequeno Zigomático elevam e abduzem o lábio superior. O Risorius de Santorini permite abduzir (retrair) lateralmente o ângulo da boca. O Canino eleva o Ângulo da boca.

O Triangular dos Lábios permite deprimir o ângulo da boca. O Quadrado do Mento deprime o lábio inferior e o músculo da borla do mento enrugam a pele do queixo.

A expressão carrancuda ou mal-humorada, é realizada pelo Triangular dos Lábios, Quadrado do Mento e músculo da Borla do Mento. O Subcutâneo do Pescoço permite deprimir o lábio inferior, enrugam a pele do pescoço e parte superior do tórax, (Seeley Stephens & Tate, 2011, p.332, 334).

Os músculos serão representados na figura seguinte.

Figura nº 4 – Músculos de expressão facial em vista anterior



Fonte: Seeley, Stephens & Tate (2011, p. 332)

5.1.3. Exercícios de promoção de recuperação de parésia facial do tipo central

Na literatura consultada são descritos vários tratamentos com vista à recuperação da parésia facial do tipo central. Não obstante, ao longo deste relatório serão destacados aqueles, cuja aplicação, não recorre a medidas farmacológicas ou cirúrgicas. Centrar-nos-emos apenas nos exercícios de reeducação neuromuscular e de estimulação sensitiva.

A reeducação neuromuscular é o primeiro tratamento ao qual é recorrido para pessoas com paralisia facial central.

Este treino tem como o objetivo a promoção da simetria facial, da expressão facial, Manikandan¹⁸ (2007, p. 339) que por sua vez melhoram a alimentação e a comunicação, eliminando a atividade muscular que altera a função dos músculos faciais. Trata-se de um

¹⁸ “facial neuromuscular re-education and conventional therapeutic measures in improving facial symmetry in patients” Manikandan N. (2007). Effect of facial neuromuscular re-education on facial symmetry in patients with Bell’s palsy: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 2007; 21: 338-43. Acedido dia 1 de janeiro. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Manikandan_Natarajan5/publication/6223490_Effect_of_facial_neuromuscular_reeducation_on_facial_symmetry_in_patients_with_Bell%27s_palsy_A_randomized_controlled_trial/links/02e7e5327c6a7b8d00000000/Effect-of-facial-neuromuscular-re-education-on-facial-symmetry-in-patients-with-Bells-palsy-A-randomized-controlled-trial.pdf

método convencional, que pode ser realizado em ambulatório e permite “recuperar o movimento facial simétrico e a reduzir ou eliminar os problemas associados da fala e da deglutição.” (Manikandan¹⁹, 2007, p. 339)

Segundo Henkelmann (2000) citado por Matos (2011, p. 911) os exercícios devem ser realizados em frente ao espelho, apresentando resultados mais eficazes, do que a realização dos exercícios sem a sua visualização.

A reeducação dos músculos da face é longa e meticulosa e exige grande concentração por parte da pessoa. O treino deve ser diário e duas vezes por dia (Menoita et al. p. 136).

Manikandan²⁰ no seu estudo instruiu os utentes para realizarem 5 a 10 repetições de exercícios faciais, três vezes ao dia para evitar a fadiga, (2007, p. 339).

Na hemiface afetada, devem ser colocados calores húmidos, antes de iniciar o treino, durante 10 minutos, caso se apresente na fase flácida e durante 15 minutos na fase de hipertonia, (Silva, Silva & Santos, 2013, p.6).

No Treino da Mímica Facial, segundo Matos (2011, p.911) e Menoita et. al. (2014, p.136), a pessoa deve executar o movimento solicitado enquanto observa o reflexo da hemiface afetada no espelho. Com o treino e aprendizagem dos movimentos solicitados, devem ser incutidas “variações de velocidade, força, número de repetições e intervalos de descanso.” O mesmo autor aconselha que após os exercícios já se encontrarem sistematizados deve ser alternado o uso do espelho, (Matos, 2011, p.911).

Beurskens & Heymans²¹ (2006, p. 178) referem que a terapia de mímica facial “visa desenvolver uma conexão consciente, entre o uso de certos músculos e expressão emocional

¹⁹ “Facial neuromuscular re-education is a conservative approach to facial rehabilitation. It offers outpatient rehabilitation services designed to regain symmetrical facial movement and to reduce or eliminate associated speech and swallowing problems”- Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé do subcapítulo 5.1.3 página 55

²⁰ “To avoid fatigue, we instructed patients to do only 5 10 repetitions of facial exercises three times a day in the initial stage” - Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé do subcapítulo 5.1.3 página 55

²¹ “Mime therapy aims to develop a conscious connection between the use of certain muscles and facial emotional expression. Exercises were performed in two ways: working from the use of certain muscles towards an expression,

facial.” No seu estudo definiram que os exercícios poderiam ser realizados tendo por base uma expressão facial ou usar certos músculos para a expressão. Nos seus exemplos, compreendemos que pode ser solicitado ao utente, para levantar a testa e apresentar um ar de espantado. Pode ser ainda solicitado para abrir os olhos como forma de surpresa, levantar o lábio superior como ar de desgosto ou apertar os lábios como se estivesse com raiva. Menoita et. al. (2014. p.136-137) nos seus exemplos define para além destes, unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e depressão do lábio inferior. Manikandan²² (2007, p. 339) no seu estudo instruiu o seu grupo que para a realização dos exercícios que deviam utilizar a musculatura afetado de forma a inibir a participação do lado não afetado.

Nos planos de reeducação dos músculos faciais poderão ser incluídas ainda técnicas de estimulação através de vibrações, percussões curtas dos músculos efetuados com as polpas digitais e aplicação de cubo de gelo até 10 minutos. Matos (2011, p.911-912).

Em pessoas que já tenham alguma capacidade de manter a musculatura afetada numa determina posição, poderá ser utilizada técnica de suporte passivo que consiste em realizar o movimento usando um a três dedos, retirando posteriormente e solicitando à pessoa que mantenha a contração (Matos, 2011, p.911). Na fase mais avançada estes exercícios passarão a ser ativos (Exercícios de Fortalecimento Muscular) e poderão ser de maior amplitude e com maior número de repetições. Segundo o mesmo autor e Menoita et. al. (2014. p.136) o profissional poderá incrementar resistência sobre o músculo no sentido contrário ao movimento solicitado. Manikandan²³ (2007, p. 339) aplicou resistência apenas nos movimentos isolados.

A Facilitação Neuromuscular é outro exercício utilizado que consiste em aplicar uma resistência e um estiramento antecipado ao movimento muscular que se pretende que o doente

or working from an expression as a starting point for a movement. For example: the participant was asked to raise the forehead or to perform an expression depicting amazement. Other expressions were evoked by asking the participant to: open the eyes wide (surprise), lift the upper lip (disgust), or tighten the lips (anger).” - Beurskens, Carien & Heymans, Peter. (2006) - Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: a randomised controlled trial. *Australian Journal of Physiotherapy*; 52: 177-83. Acedido dia 1 de novembro. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(06\)70026-5](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(06)70026-5)

²² “We also instructed the patients to do symmetrical facial movements on the affected side without allowing the voluntary movement of the uninvolved side to distort the movement.” – Referência Bibliográfica disponível em nota de rodapé do subcapítulo 5.1.3, página 55.

²³ “We applied resistance only to the isolated movements” – Referência Bibliográfica disponível em nota de rodapé do subcapítulo 5.2.1. página 55.

realize. Posteriormente solicita-se a realização do movimento desejado, ao mesmo tempo que se liberta a resistência, no sentido do mesmo, Matos (2011, p.911).

No planeamento do treino devem ser incluídas técnicas de relaxamento muscular como:

- Massagem endobucal - pode ser realizada pela pessoa, colocando a sua mão contralateral à hemiface afetada, em sentido contrário ao repuxamento muscular, colocando o dedo polegar na cavidade oral e os restantes dedos na hemiface (Chevalier, 2003 citado em Matos 2011, p.911) e fundamentado também por Silva, Silva & Santos (2013, p.6). O Profissional também poderá realizar a massagem colocando “o segundo dedo no interior da cavidade oral e o polegar no exterior mantendo os músculos em posição de estiramento”. Para Beurskens & Heymans²⁴ (2006) massagem consiste em relaxar e mobilizar os dois lados da face, (p. 178);
- Exercícios de contração-relaxamento - contração mantida (3-5 segundos) e posteriormente relaxamento completo, (Matos, 2011, p.911)
- Palmopercussões sobre a hemiface afetada, (Matos, 2011, p.911);

O plano de treino deverá conter ainda técnicas de alongamento passivo – que são utilizadas em músculos orais ou periorais, segurando o músculo a alongar, Matos (2011, p.911). Beurskens & Heymans²⁵ (2006) referem que os exercícios de alongamento do lado afetado servem para aliviar os músculos envolvidos na sincronia da mímica facial, porque essa mesma sincronia pode aumentar o tónus muscular, (p. 178).

Do nosso ponto de vista, de imediato se compreendeu que seria difícil executar um exercício, que estimulasse apenas em músculo específico, tal como nos indica a bibliografia. Assim sendo, colocamo-nos em frente ao espelho, com os diferentes músculos legendados na face e executamos cada um dos exercícios definidos anteriormente, tendo por base Seeley,

²⁴ “Massage consisted of effleurage and kneading both sides of the face” - Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé no subcapítulo 5.1.3, página 56

²⁵ “Stretching exercises of the affected side followed to relieve mimetic muscles involved in synkinesis ... because synkinesis may increase muscle tone” - Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé no subcapítulo 5.1.3, página 56

Stephens & Tate (2011) e Menoita et al (2014). Assim compreendemos que o quadro seguinte se adequa ao nosso projeto.

Quadro nº 2 – Exercícios faciais e os músculos alvo de intervenção

Exercícios faciais	Músculos alvo de intervenção
Aproximar os lábios e comprimir	Orbicular do lábio; Bucinador; Músculo da borla do mento.
Sorrir a mostrar os dentes,	Levantador do lábio superior; Levantador comum do lábio superior e da asa do nariz; Canino; Risorius de Santorini; Pequeno e grande Zigomático; Depressor do lábio; Músculo da borla do mento; Orbicular do lábio; Quadrado do Mentó; Subcutâneo do Pescoço.
Sorrir com os lábios juntos	Risorius de Santorini; Triangular dos lábios.
Encher as Bochechas de ar	Bucinador; Orbicular do lábio.
Protusão do lábio inferior	Músculo da borla do mento; Depressor do lábio; Quadrado do mento; Triangular dos lábios.

Fonte: Quadro adaptado de Seeley, Stephens & Tate (2011) e Menoita et al (2014).

5.2. Metodologia

Para a execução do presente projeto, de forma a cumprir todos os pressupostos éticos foi necessária a formalização de pedido às seguintes entidades: Comissão de Ética em Saúde e bem-estar da Universidade de Évora (Apêndice II), Comissão de Ética para a Saúde do CHUA, Conselho de Administração e Enfermeira Diretora (Apêndice III).

A sua concretização abrangeu ainda as seguintes etapas: realização de um resumo, plano e cronograma (Apêndice IV), entrega de declaração de Aceitação de Orientação pela Professora Orientadora (Anexo II) e elaboração de Consentimento Informado para inclusão no projeto (Apêndice V). Além disto foi preenchido o formulário para Proposta de Projeto de Tese/Dissertação/Estagio/Trabalho de Projeto (Apêndice VI).

A realização do presente projeto foi autorizada pela Comissão de Ética em Saúde e bem-estar da Universidade de Évora (Anexo III) e pela Comissão de Ética para a Saúde do CHUA (Anexo IV).

A metodologia de um projeto é definida por Pardal & Correia como “(...) corpo orientador da pesquisa, que obedecendo a um sistema de normas, torna possível a seleção e articulação de técnicas, no intuito de se poder desenvolver o processo de verificação empírica”, (1995, p. 10).

Este projeto é do tipo estudo de caso e por isso descritivo.

Sendo um estudo descritivo a investigação é qualitativa, esta “(...) serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população (...) normalmente é baseada em questões de investigação ou objetivos.” (Fortin, 2009, p. 237)

Para Craig & Smyth “a finalidade da investigação qualitativa é produzir compreensão do mundo social, dentro de contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista que neles estão envolvidos ... a compreensão é interpretada e não descoberta.” (2004, p.137)

A população em estudo, é definida como “(...) uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, (Fortin, 2009, p. 202) e amostra como “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” em que “(...) certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população” (Fortin, 2009, p. 312).

A população incluída neste estudo abrange todos os utentes admitidos na UAVC, durante o período de Estágio Final, ou seja, o critério definido para caracterizar esta população foi ter como diagnóstico de admissão AVC. Foi constituída uma amostra de conveniência

Para selecionar os intervenientes do projeto, foram definidos os seguintes critérios: Ter como diagnóstico de admissão AVC; Ter como sequela parésia facial do tipo central; Obter pontuação inferior a 17 pontos na escala de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) e aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo, que incluí-a autorização para realizar registo fotográfico da sua expressão facial, mantendo o seu anonimato.

Para execução deste projeto de intervenção foi construído um instrumento de colheita de dados e variáveis, para caracterização dos participantes, (Apêndice VII).

Nesse mesmo instrumento, estão já implícitas duas escalas que auxiliaram a incluir/excluir os participantes no presente estudo – Escala de NIHSS (Anexo V) e Escala de House-Brackmann, (Anexo VI).

De acordo com Moro & Neto a escala de NIHSS permite realizar exame neurológico a pessoas com AVC agudo através da avaliação de 11 capacidades (“nível de consciência, desvio ocular, paresia facial, linguagem, fala, negligência/extinção, função motora e sensitiva dos membros e ataxia”). A sua pontuação varia entre 0 e 42 pontos em que 0 não apresenta défice neurológico e 42 a pessoa encontra-se em estado comatoso, (2009, p.27). Uma vez que a escala se traduz numa pontuação e a gravidade não se encontra explanada foi necessário recorrer a outro autor para obter essa definição. No estudo desenvolvido por Briggs²⁶ et. al. considera que

²⁶ “Severe strokes corresponded to an NIHSS score .17, mild strokes to an NIHSS ,8, and moderate strokes to an NIHSS score of 8 to 16.” Briggs, D.E.; Felberg, R.A., Malkoff , M D; Bratina, P. & Grotta; J.C. (abril, 2001). Should Mild or Moderate Stroke Patients Be Admitted to an Intensive Care Unit? *Stroke*, 32: 871-876. Acedido dia 2 de dezembro de 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.4.871>

a pontuação na escala de NIHSS inferior a 8 é indicativo de um déficit neurológico ligeiro, uma pontuação superior a 8 e inferior a 17 corresponde a um déficit neurológico moderado e uma pontuação superior ou igual a 17 corresponde a um déficit neurológico grave, (2011, p.1)

A sua aplicação pode ocorrer em salas de emergência, UAVC, Unidades de cuidados intensivos, é também uma escala comumente utilizada em estudos clínicos que envolvam pessoas com AVC, (Moro, 2009, p.27).

Escala de House-Brackman é a mais amplamente aceita e adotada, inclusive pela Academia Americana de Otorrinolaringologia. Esta escala permite a diferenciação da paralisia facial em seis graus em que grau I é definido como normal, grau II - disfunção leve, grau III - disfunção moderada, Grau IV – disfunção moderadamente severa, Grau V – disfunção severa e Grau VI – Paralisia Total. Cada grau deve respeitar os vários itens definidos na própria Escala, (Webber, 2005, p6)

A importância deste projeto profissional justifica-se pela necessidade de intervenção, na educação/instrução da pessoa com seqüela de parésia facial do tipo central após AVC, para facilitar a sua recuperação, no sentido de estimular a recuperação do movimento do andar inferior da face, provocadas pela PFC.

A estimulação precoce visa a recuperação da expressão emocional, o que facilitará posteriormente a capacidade relacional e comunicacional da pessoa afetada, diminuindo assim o risco de depressão e isolamento provocado pela impotência de se expressar corretamente.

As estratégias adotadas para implementação do projeto, após a aprovação pelas diferentes entidades mencionadas anteriormente foi o seguinte:

- Após avaliação da pessoa através da escala de NIHSS (Anexo V), perceber se esta se incluí dentro da amostra selecionada, tendo em conta todos os critérios de inclusão/exclusão;
- Avaliação da gravidade da parésia facial através da escala de House-Brackmann (Anexo VI);

- Realização de um plano de reeducação dos músculos faciais com base no grau de severidade, sendo que este plano será inicialmente executado em conjunto com a pessoa e posteriormente, pretende-se que a pessoa o execute com auxílio de um espelho, no sentido de se autonomizar na execução;
- Pretende-se que a pessoa execute o plano de forma autónoma e posteriormente adequa-lo às necessidades da pessoa;
- Após a pessoa aceitar participar no estudo de forma livre e esclarecida, realizar registo fotográfico no momento inicial e final do programa de reeducação dos músculos da face ou até ser transferida para outro serviço (após 3 a 4 dias).

Os recursos necessários para o presente projeto foram os cuidados de enfermagem de reabilitação, com a duração média estimada de cerca de dez minutos por cada momento de intervenção a cada individuo, espelho, balões, gelo, câmara fotográfica, e consumíveis para o registo de dados.

A implementação do projeto de intervenção profissional procurou respeitar o cronograma apresentado, (Apêndice IV).

Uma vez que a realização do presente projeto decorre numa UAVC onde se pretende que a pessoa estabilize e no caso da PFC, que se encontra nesta altura na fase flácida, iremos optar pela realização do plano de treino, com recurso a técnica de estimulação e reeducação dos músculos da face com vista ao treino de mímica facial, com recurso a estimulação visual por parte do utente, com espelho, técnica de relaxamento e alongamento passivo. Será fornecida uma brochura com os exercícios faciais destinados à recuperação da expressão facial do andar inferior da face, (Apêndice I).

Através da evidência mencionada no subcapítulo anterior, foi elaborado o seguinte plano de Reabilitação com vista ao treino para a PFC:

Momento Um: Avaliação Inicial com recursos a diversas fontes e observação armada (Utilização da Escala de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) e de House Brackman, para diagnosticar os défices e ajustar o plano padrão);

Momento dois: Aplicação do plano de reabilitação que no padrão é constituído por:

- Confrontação da pessoa, com auxílio de espelho e explicação das alterações visíveis e as possíveis consequências que podem surgir tardiamente;
- Aplicar durante 10 minutos uma toalha humedecida em água quente;
- Instruir o doente sobre a realização de massagem endobucal, dos músculos faciais, nos diferentes sentidos a ritmo lento;
- Fornecer brochura com exercícios faciais (Apêndice I), com objetivo de estimular os diferentes músculos faciais do andar inferior (Quadro nº 2):
 - Aproximar os lábios e comprimir,
 - Sorrir a mostrar os dentes;
 - Sorrir sem mostrar os dentes;
 - Encher as bochechas de ar;
 - Realizar protusão do lábio inferior)
- Realizar instrução e treino dos exercícios apresentados na brochura em conjunto com o utente, de forma a compreender os diferentes movimentos faciais, em séries de 5 repetições por exercício;
- Realizado novamente os exercícios com o utente usando o espelho e incentivando observar-se a realizar os exercícios;
- Após compreensão dos exercícios solicitados, pretende-se que sejam realizados exercícios 3 a 4 vezes por dia e para aumentar as repetições de exercícios gradualmente (no dia seguinte 10 repetições por exercício e no terceiro dia 15 repetições).
- No final de cada período de treino realizar nova massagem endobucal;
- Incentivar as pausas quando se verifica que o utente apresente algum cansaço. No decurso destas pausas instruir sobre a respiração abdomino diafragmática com dissociação dos tempos respiratórios.

Momento Três - Avaliação final usando novamente as escalas NIHSS e House-Brackman, associando uma apreciação clínica, com a participação do doente.

5.3. Resultados da implementação do projeto de intervenção profissional

A população do presente estudo é composta por cerca 32 homens (69,5%) e apenas 14 mulheres (30,5%). A média de idade do sexo masculino é de 70,3 anos variando entre os 47 e os 89 anos. Para o sexo feminino a média de idade é de 76 anos com variação entre os 43 e os 89 anos.

Verifica-se ainda que a etiologia de AVC mais prevalente é o Isquémico com 97% no sexo masculino e 86% no sexo feminino. Constatou-se que o antecedente patológico mais prevalente em ambos os sexos é a Hipertensão Arterial (homens 78% e 78,5% nas mulheres).

No sexo masculino evidenciou-se que 16% eram fumadores ou ex-fumadores e no sexo feminino 14%. No que concerne à dislipidemia verifica-se que prevalece em 28% no sexo masculino e 50% no sexo feminino e a diabetes 13% no sexo masculino e 50% no sexo feminino.

Nesta população observou-se ainda relação entre a PFC e Hemiparésia ou Monoparésia em 31% dos casos do sexo masculino e 50% no sexo feminino. Relacionando a PFC com a afasia, observa-se em 16% no sexo masculino e 21% no sexo feminino, PFC e disartria 19% no sexo masculino e 14% no sexo feminino, PFC e disfagia 6% no sexo masculino e 7% no sexo feminino e PFC disartria e disfagia - 6% no sexo masculino e 7% no sexo feminino.

Através dos critérios definidos averiguou-se que tinham:

- Score na escala de NIHSS <17 pontos – e através deste critério seriam incluídos 34 elementos na amostra (24 homens e 10 mulheres);
- PFC resultante de AVC – e através deste critério seriam incluídos 27 elementos na amostra (18 homens e 9 mulheres);
- A conjugação dos 2 critérios anteriores, poderiam ser incluídos 21 elementos na amostra (14 homens e 7 mulheres);

Destes 21 elementos apenas 3 aceitaram participar de forma livre e esclarecida no estudo, sendo todos eles elementos do sexo masculino.

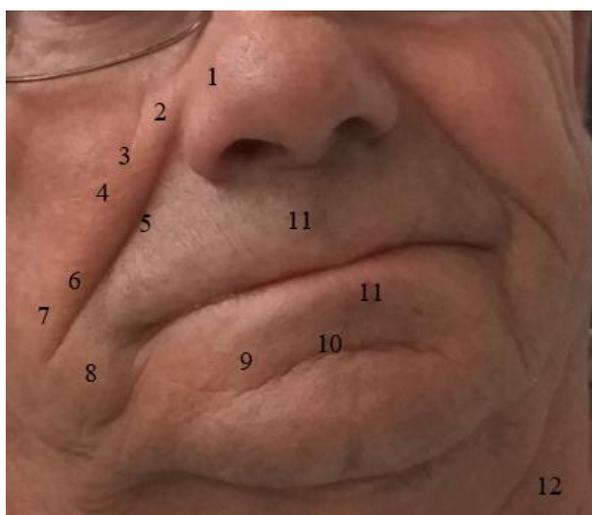
Em seguida serão apresentados os casos dos elementos que aceitaram participar neste projeto:

Pessoa 1

A primeira pessoa interveniente neste projeto, é um individuo de 66 anos, admitido por AVC Isquémico, com múltiplo antecedentes cardíacos e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) de etiologia tabágica. Como consequência, deste evento é de referir que apresentava uma disfagia ligeira para líquidos, compensada com espessante com consistência tipo néctar e flexão do pescoço, disartria moderada e perda de saliva pela comissura labial direita. Verificase que os músculos do quadrante facial inferior direito se encontram deprimidos comparativamente com o lado contralateral.

Momento um - Foi realizada avaliação, através dos critérios de inclusão. Na escala de NIHSS pontuou 6 pontos, que se traduz num défice neurológico ligeiro e na escala de House-Brackmann, pontuou 3 pontos (parésia evidente, mas não desfigurante, boca com desvio evidente, podem surgir espasmos, contraturas e sincinésias), como se verifica na Figura nº 5.

Figura nº 5 – Pessoa 1 - primeira avaliação.



Legenda dos músculos afetados, do andar inferior da face:

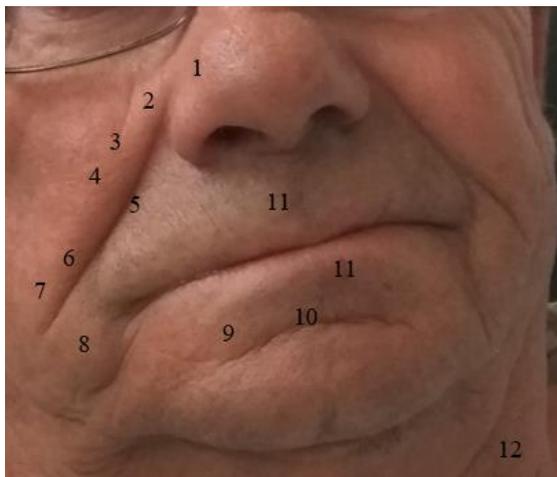
1 – Levantador comum do lábio Superior da Asa do Nariz	5 – Canino	9 – Quadrado do mento do pescoço
2 – Levantador do lábio superior	6 – Bucinador	10 – Músculo da borla do mento
3 – Pequeno Zigomático	7 – Risorius de Santorini	11 – Orbicular dos lábios
4 – Grande Zigomático	8 – Triangular dos lábios	12 – Subcutâneo

Momento dois - Foi apresentado e executado o plano de exercícios de promoção de recuperação de parésia facial do tipo central definido para este projeto.

Momento três - Observado o interveniente, no dia seguinte, este apresentava o maior controle na pronúncia de palavras (mais perceptíveis) e diminuição da queda de saliva pela comissura labial direita. O plano de reabilitação continuou. Foi introduzido um balão, como forma de incrementar resistência e executar trabalho mais específico dos músculos Bucinador e Orbicular do lábio. Sugerido para no final dos exercícios encher o balão com ar, em igual número repetições.

Momento quatro - Ao terceiro dia já se observavam diferenças evidentes na hemiface direita. A linguagem passou a disartria ligeira, não apresentava queda de saliva pela comissura labial e conseguia deglutir água apenas com flexão do pescoço. Na avaliação tal facto é visível através da escala de NIHSS onde melhorou passando para 3 pontos e escala de House-Brackmann, pontuou 2 pontos, (Parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações) como se observa na figura nº 6 que compara a primeira e segunda avaliação.

Figura nº 6 – Pessoa 1 – comparação entre a primeira e segunda avaliação



Em síntese, verificámos que o tempo de instrução da pessoa teve a duração de 10 minutos. Após esse tempo o utente começou a realizar o treino de forma autónoma e num número superior de vezes superior ao solicitado.

No que concerne ao diagnóstico DPOC de etiologia tabágica foi desenvolvido com o utente um plano de cuidados (Apêndice VIII).

É necessário referir que a Reeducação Funcional Respiratória (RFR) foi deveras importante, sobretudo aquando da dissociação dos tempos respiratórios com os lábios semicerrados, pois devido à PFC o utente não o conseguia executar numa fase inicial. Desta forma, através do treino de FRF potenciou indiretamente a recuperação muscular de alguns músculos faciais.

Verifica-se no presente caso, que o plano específico de intervenção, permitiu a aquisição de competências pela pessoa, que investiu em si própria, para melhorar a sua condição, uma vez que diminuiu o grau de disfagia, disartria, e suprimiu a queda de saliva. Visualmente manifesta-se o aumento da simetria da comissura labial do lado direito.

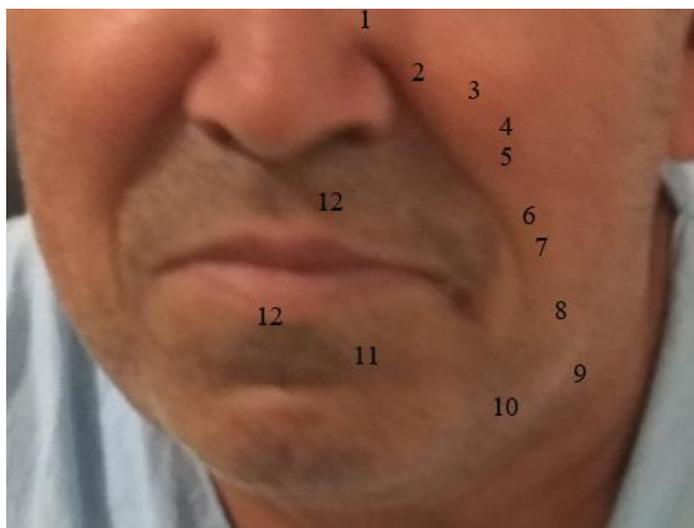
Pessoa 2

A segunda pessoa interveniente neste projeto, é um individuo de 59 anos, admitido por AVC Isquémico.

Apresenta como sequelas imediatas hemianopsia esquerda, hemiparésia esquerda com alteração da motricidade fina, dismetria na prova dedo-nariz e calcanhar joelho mais exacerbada no hemicorpo afetado, alteração do equilíbrio estático na posição de pé, não conseguindo manter equilíbrio autonomamente. No que concerne à avaliação da parésia facial, constatamos: desvio da comissura labial esquerda e ligeiro apagamento do sulco nasolabial. Perde saliva pela comissura labial esquerda em pequena quantidade e apresenta disartria ligeira. Verifica-se que os músculos do quadrante facial inferior esquerdo se encontram deprimidos comparativamente com o lado contralateral.

Momento um - Realizada avaliação, através dos critérios de inclusão. Na escala de NIHSS pontuou 11 pontos, que se traduz num défice neurológico moderado e na escala de House-Brackmann, pontuou 2 pontos (Parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações), como se verifica na Figura nº 7.

Figura nº 7 - Pessoa 2 – Primeira avaliação



Legenda dos músculos afetados, do andar inferior da face:

1 – Levantador comum do lábio Superior da Asa do Nariz	5 – Canino	9 – Subcutâneo do pescoço
--	------------	---------------------------

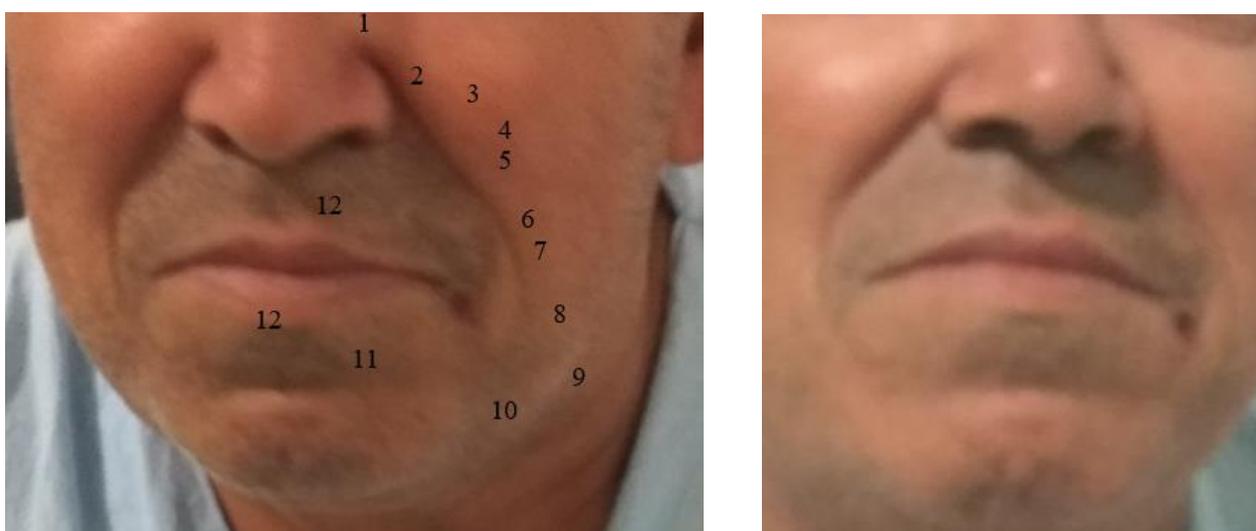
2 – Levantador do lábio superior	6 – Bucinador	10 – Quadrado do mento
3 – Pequeno Zigomático	7 – Risorius de Santorini	11 – Músculo da borla do mento
4 – Grande Zigomático	8 – Triangular dos lábios	12 – Orbicular dos lábios

Momento dois - Foi apresentado e implementado o plano de exercícios de promoção de recuperação de parésia facial do tipo central.

O utente apresentava algumas dificuldades em cumprir a realização dos exercícios e no sentido de introduzir um estímulo sensorial, optou-se pela colocação de um cubo de gelo no interior da cavidade oral, sobretudo na hemiface esquerda.

Momento três - Ao final do terceiro dia, as palavras eram mais perceptíveis e não perdia saliva pela comissura labial esquerda. Foi realizada nova avaliação com escala de NIHSS onde apresentou pontuação de 8 pontos (défice neurológico ligeiro) e 2 pontos na escala de House-Brackmann (Parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações), como se verifica na figura nº8 que compara a primeira e segunda avaliação

Figura nº 8 – Pessoa 2 – comparação entre primeira e segunda avaliação.



Em síntese: a pessoa do presente caso após ter sido instruída durante 25 minutos, era pretendido que realizasse o treino de forma autónoma, mas apenas o executava quando incentivada e com auxílio do EEER.

No presente caso não se observa diferença significativa na expressão facial (exceto nos músculos quadrado do mento e borla do mento), contudo verificou-se melhoria na dicção e na ausência de queda de saliva pela comissura labial.

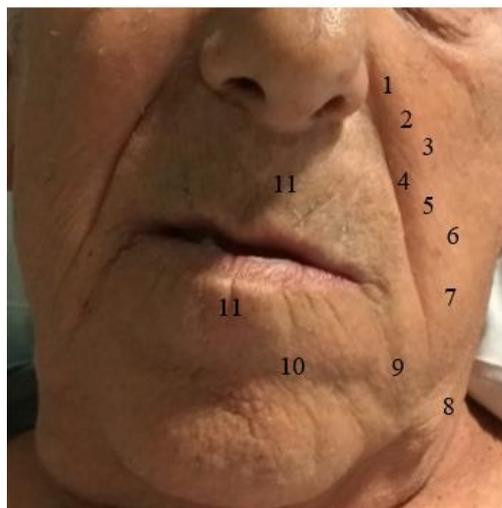
Importa referir que as restantes alterações do presente doente, não foram descuradas, uma vez que foi realizado um plano de intervenção para a sua reabilitação com vista à independência (Apêndice IX).

Pessoa 3

A terceira pessoa incluída neste projeto, é um indivíduo de 78 anos, admitido por AVC Isquémico. Apresenta como sequelas imediatas hemiparésia esquerda com força de grau 3/5 segundo escala de Lower (Anexo IV), disartria impercetível e desvio da comissura labial para o lado esquerdo com apagamento do sulco nasolabial. Perde saliva pela comissura labial em moderada quantidade e apresenta também disfagia para líquidos, compensada com espessante com consistência de pudim.

Momento um - Realizada avaliação, através dos critérios de inclusão. Na escala de NIHSS pontuou 8 pontos, que se traduz num défice neurológico ligeiro e na escala de House-Brackmann, pontuou 4 pontos (Parésia evidente e desfigurante) como se verifica na Figura nº9.

Figura nº 9 - Pessoa 3 – primeira avaliação



Legenda dos músculos afetados, do andar inferior da face:

1 – Levantador do lábio superior	5 – Bucinador	9 – Quadrado do mento
2 – Pequeno Zigomático	6 – Risorius de Santorini	10 – Músculo da borla do mento
3 – Grande Zigomático	7 – Triangular dos lábios	11 – Orbicular dos lábios
4 – Canino	8 – Subcutâneo do pescoço	

Momento dois - Foi apresentado e implementado o plano de exercícios de promoção de recuperação de parésia facial do tipo central.

Momento três – No dia seguinte as mudanças manifestavam-se evidentes, uma vez que a disartria passou de severa a moderada e verificou-se diminuição da queda de saliva pela comissura labial esquerda. O plano de reabilitação continuou.

Momento quatro - Ao terceiro dia verifica-se uma disartria ligeira, não apresentava queda de saliva pela comissura labial e a disfagia encontrava-se mais atenuada, pelo que foi reduzida a consistência do espessante para consistência tipo mel.

Momento cinco – Observado o interveniente ao quarto dia e solicitado ao utente que enchesse um balão com ar como forma de verificar se encerrava adequadamente a comissura labial (através do trabalho desenvolvido pelos músculos Bucinador e Orbicular do Lábios), que conseguiu. Realizou-se avaliação final na escala de NIHSS onde apresentou pontuação de 4 (défice neurológico ligeiro), e na escala de House-Brackmann que pontuou 2 pontos (Parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações).

Na figura nº10 compara-se a primeira e segunda avaliação

Figura nº 10 – Pessoa 3 – comparação entre primeira e segunda avaliação.



Em síntese verifica-se diminuição das alterações físicas como a simetria facial e diminuição do apagamento do sulco nasolabial melhorado resultante do trabalho dos músculos Levantador do Lábio Superior, Levantador Comum da Asa do Nariz; Zigomático Maior e Menor, Canino, Triangular dos lábios, Bucinador, Orbicular dos lábios, Risorius de Santorini, Músculo da Borla do mento, Quadrado do mento e Subcutâneo do pescoço.

A pessoa do presente, após ter sido instruída durante 9 minutos passou a realizar o treino de forma autónoma e num número superior de vezes superior ao solicitado.

Importa referir que as restantes alterações do presente doente, não foram descuradas, uma vez que foi realizado um plano de intervenção para a sua reabilitação, com vista à independência (Apêndice X).

5.4. Discussão sobre os resultados do projeto de intervenção profissional - Recuperar a expressão facial após PFC

Na população, do presente relatório observa-se que o tipo de AVC predominante é o Isquêmico. Verifica-se que a patologia antecedente com maior expressão é a Hipertensão em (78% da população do estudo), a Dislipidemia e a Diabetes no sexo feminino (50% em ambos) ao passo que o sexo masculino apenas apresenta 28% e 13%, respectivamente. A média de idades da população afetada é de 70 anos para os homens e 76 nas mulheres, embora a média de idade seja mais elevada no sexo feminino, a sua ocorrência apresentou início mais precoce em cerca de 4 anos, que no sexo masculino.

Relativamente aos dados estatísticos apresentados, a relação entre a PFC e disfagia, mono e hemiparésia, não se considera, que afete mais um determinado sexo, contudo existe uma percentagem da população que apresenta PFC, disartria e disfagia (6,5%). Verifica-se que na amostra selecionada que a PFC, foi sempre acompanhada por outras condicionantes como a disfagia, disartria e queda da saliva pela comissura labial. Os estudos utilizados para a fundamentação do presente relatório não evidenciam estas possíveis relações.

O principal objetivo deste projeto de intervenção profissional é a elaboração de um programa de reabilitação, de forma a recuperar a expressão facial da pessoa, em processo de recuperação após AVC.

Desta forma após analisar minuciosamente todas as avaliações da PFC dos casos representados, neste projeto, sobretudo através da comparação dos valores apresentados na escala de House-Brackman e NIHSS, bem como os resultados não mensuráveis através de escala, como a disartria, queda de saliva pela comissura labial e disfagia, antes a após intervenção, verifica-se que os intervenientes (pessoa 1 e 3) apresentaram ganhos que se consideram evidentes através de observação. Contudo o segundo interveniente, não apresentou ganhos com essa visibilidade, mas apresenta ganhos em áreas como disartria melhorada e por não perder saliva pela comissura labial esquerda.

A implementação deste projeto de intervenção profissional, sobretudo do treino de mímica facial, representa a adequação da intervenção e ganhos evidentes em consonância com

os de outros autores (Matos, (2011); Beurskens & Heymans²⁷, (2006); Konecny²⁸ et al, (2014), Konecny, Elfmark, & Urbanek²⁹, (2011); Pereira, Obara³⁰ et. al., (2010).

Sendo o trabalho destes autores anteriormente referidos uma base sustentada, estes são unânimes na importância e relevância desses mesmos resultados. Assume-se assim que através dos resultados ilustrativos neste projeto, as complicações imediatas e a longo prazo, decorrentes da PFC como a disartria, disfagia, queda de saliva pela comissura labial e alteração da qualidade de vida por alteração da mímica facial ou autoimagem, decorrente desse processo, foram minimizadas.

Apesar de não constar do nosso plano a utilização de balões como estratégia inicial, parece-nos que a informação visual e sensitiva que estes transmitem aos participantes é relevante para a sua adesão, pois torna-se num novo objetivo. O objetivo implícito é conseguir encerrar devidamente os lábios, para encher o balão. Não podemos deixar de referir que o uso do cubo de gelo foi benéfico, sobretudo para o estimular o encerramento dos lábios e assim diminuir a perda de líquidos pela comissura labial. Contudo, não dispomos de mais informação no presente estudo para justificar a sua pertinência. Facto que nos leva a propor e manter essas estratégias, mas também a sugestão de criar instrumentos de avaliação mais precisos.

²⁷ “The results support our hypothesis that mime therapy substantially improves facial symmetry in people ... After mime therapy, facial asymmetry at rest and synkinesis decreased and facial symmetry of voluntary movement increased. That is, the facial appearance of the majority of people improved as a consequence of mime therapy. This therapy can be generalised across sex, age. The effect sizes are large and therefore clinically relevant. (...)The effects of mime therapy may also be examined in an early stage of the paresis. The relationship between facial asymmetry and psychosocial handicaps (such as impaired communication, low quality-of-life, and depression” - Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé no subcapítulo 5.1.3, página 56

²⁸ “Orofacial rehabilitation as a part of complex rehabilitation care contributes considerably to improving the quality of life after stroke with orofacial function disorder. After complete stabilization of basic life functions and after improving the overall functional state, orofacial rehabilitation is one of the most important aspects of rehabilitation for the patient. Our study confirms the positive effect in orofacial function improvement after 4 weeks - improvement of mimicry, alleviation of depression and improvement of the overall quality of life in patients after stroke with the central n. VII paresis, who had - in addition to physiotherapy and speech therapy - targeted orofacial therapy. - Referência Bibliográfica disponível em nota de rodapé, no Subcapítulo 5.1 página 47.

²⁹ “Our study confirmed the positive effects on orofacial function, facial movement and depression in patients with central n. VII paresis after stroke” - Referência Bibliográfica disponível em nota de rodapé, no Subcapítulo 5.1 página 48

³⁰ “Facial exercise therapy is effective for facial palsy for the outcome functionality.” - Pereira, LM; Obara, K; Dias, JM; Menacho, MO; Lavado, EL & Cardoso JR. (março 2011) - Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis; SAGE Journals - Clinical Rehabilitation, 25(7):649-58. Acedido a 12 de fevereiro de 2018. Disponível em doi: 10.1177/0269215510395634

Não menos importante é o impacto financeiro que este tipo de programa pode apresentar, uma vez que estes intervenientes necessitaram apenas de 34 minutos no total e por isso não se considera um custo aumentado, uma vez que o tempo despendido na sua instrução não se torna relevante, e os utentes podem realizar o treino de forma autónoma ou sob supervisão na instituição hospitalar e no domicílio, Beurskens & Heymans³¹ (2006) corroboram esta ideia.

Deve ainda ser mencionado que tendo por base alguns autores (Konecny, Elfmark, & Urbanek³², 2011; Konecny³³, et.al., 2014) esta intervenção de forma direta ou indireta, contribui para o aumento da qualidade de vida a médio e longo prazo e por isso para a redução do tempo de internamento ou re-admissão hospitalar e naturalmente para a redução de custos institucionais.

A abordagem terapêutica dos doentes foi orientada para o autocuidado e encontramos em Dorothea Orem o seu alicerce. Este adequa-se, por focar-se num autocuidado específico. De uma forma mais aprofundada, compreende-se que são preenchidos os 3 requisitos definidos pela teórica. Ou seja, para satisfazer o requisito universal de se autocuidar, a implicação da PFC é algo que pode acontecer a toda a população e por isso é necessária a manutenção de integridade de todos os indivíduos. É também um requisito para autocuidado de desenvolvimento, porque as consequências de PFC, criam necessidade de adaptação à nova realidade, sobretudo se o utente perder saliva pela comissura labial, apresentar disfagia, ou em caso de não recuperar conduzir ao isolamento social. O terceiro requisito o de autocuidado por desvio de saúde, aplica-se em casos, de recuperação mais difícil, em que o próprio interveniente não tenha capacidade de se autocuidar por si só. Contudo nos casos apresentados o plano delineado foi benéfico.

³¹ “The cost of the intervention is relatively low because the amount of professional support is small since a home program is an integral part of the treatment.” - Referência bibliográfica disponível em nota de rodapé no subcapítulo 5.1.3, página 56

³² “Patients with depression after stroke have a significantly poorer self-sufficiency prognosis, worse rehabilitation effect, worse quality of life, longer hospitalization period, and impaired ability to return to the home environment” - Referência Bibliográfica disponível em nota de rodapé, no Subcapítulo 5.1 página 48

³³ “Our study confirms the positive effect in orofacial function improvement - improvement of mimicry, alleviation of depression and improvement of the overall quality of life in patients after stroke with the central n. VII paresis” - Referência Bibliográfica disponível em nota de rodapé, no Subcapítulo 5.1 página 47.

Através da relação intrínseca das 4 teorias definidas por Orem (Teoria do Autocuidado, Teoria do Autocuidado dependente, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos sistemas de enfermagem), é compreendido que os utentes as vivenciaram no que respeita a PFC. Numa fase inicial estes não detinham conhecimentos para recuperem a sua expressão facial, nem para lidar com as consequências da sua falta. Aqui surge o défice de autocuidado, pois mediante a correta avaliação o EEER delineou estratégias e instruiu os intervenientes, de uma forma gradual, acabando por diminuir a necessidade da sua intervenção, pois cada uma das pessoas tornou-se progressivamente menos dependente da intervenção do EEER. A pessoa começa por apresentar-se como dependente para o autocuidado, em maior ou menor grau e gradualmente, após compreender como deve executar o plano, passa ela própria a autocuidar-se.

Não menos importante é a presença do autocuidado dependente, pois apesar de não se encontrar exposto, os familiares apresentam-se como um foco relevante ao longo deste processo, uns por intervirem fisicamente, outros pela incentivo e companheirismo. Referimo-nos aqui a apoio. Este apoio revela-se como essencial, transmitindo a sensação aos utentes de não estarem sós no decurso deste processo.

Posteriormente o EEER desenvolve o Sistema de Enfermagem, no atual caso com a redação do presente relatório, contribuindo para o desenvolvimento da sua disciplina e profissão.

5.4.1 Considerações finais do projeto de intervenção profissional - Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações para a prática de Enfermagem de Reabilitação

Através a realização do projeto - Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação, considera-se que o programa utilizado para recuperar a expressão facial após parésia facial central, foi bem sucedido. Apesar de termos consciência de que o número de pessoas envolvidas foi diminuto, bem como o tempo do Estágio Final. Contudo, realçamos a importância da motivação e envolvimento dos doentes, verificado pelo facto dos indivíduos, realizarem os exercícios em número superior ao solicitado,

pode ter potenciado os seus ganhos na recuperação da expressão facial. Este aspeto demonstra-se como dinamizador dos ganhos evidenciados e dessa forma uma mais valia.

É evidente que estes resultados demonstram que o plano de intervenção onde constam a instrução e exercícios de mímica facial da pessoa com PFC, pode ser implementado por EEER. Contribui diretamente para a recuperação da expressão facial e atenua as demais complicações, a curto e a longo prazo, como a melhoria da disartria, da disfagia, da queda de saliva pela comissura labial afetada, da expressão de emoções através da face, da auto-imagem e conseqüentemente da qualidade de vida. Esta pode ser afetada sobretudo pelo isolamento social decorrente das conseqüências da PFC, apesar de não dispormos de dados neste estudo que justifiquem a diminuição de conseqüências futuras.

Deve ser destacado e enaltecido que o tempo despendido na orientação do plano e na instrução por parte do EEER para com os intervenientes deste projeto, não se demonstra como uma limitação, uma vez que após perceberem os exercícios e os objetivos pretendidos esse tempo rentabiliza-se autonomamente.

Apesar do número reduzido de doentes envolvidos, a implementação do projeto permitiu verificar que o tempo de instrução é variável, uma vez que nos três casos apresentados em dois foram usados 9 e 10 minutos nos casos de maior sucesso, noutro isso não se verifica, talvez pela falta de motivação, capacidade ou interesse do interveniente. Verifica-se que esse interveniente era o que apresenta o menor grau de PFC segundo a escala de House-Brackman comparativamente com os outros dois elementos da amostra

Foram várias as dificuldades sentidas na implementação do projeto de intervenção profissional. A primeira é o facto da grande maioria da bibliografia disponível e selecionada, estar direcionada para a paralisia facial periférica ou sobre a qualidade de vida após parésia facial. Face a isso, foi necessário determinar quais os exercícios e os elementos mais indicados para a PFC. Na bateria de exercícios selecionados através da pesquisa bibliográfica não existe consenso quanto ao número de repetições diárias, ou quanto à intensidade.

Neste projeto procurou-se a execução dos exercícios de forma ativa por parte dos utentes. Cada utente optou autonomamente, por repetir os exercícios o número de vezes

diariamente, com a qual se sentia confortável, sem influência do EEER e por isso não é possível indicar o número máximo de repetições por exercício que cada um executou. Contudo, verificase que estes foram benéficos na sua recuperação. Uma possível explicação para este facto reside na necessidade dos intervenientes se sentirem úteis e ocupados durante a sua permanência no internamento.

Alguns estudos consultados apresentam referência a recursos tecnológicos (Matos 2011; Webber, 2005) que não se encontram disponíveis, como por exemplo eletroterapia. Desta forma optou-se pelo treino de mímica facial, que apesar de ser um método considerado artesanal, em conjugação com outros meios tecnológicos, poderia ser potenciado e apresentar ganhos mais relevantes, no mesmo período temporal.

A pequena amostra selecionada, presente no projeto de intervenção profissional pode ser outra das limitações, uma vez que não permite a sua generalização. Mesmo assim verificase que os dados apresentados, indiciam uma evolução positiva.

O tempo de internamento, onde foi instituído o projeto foi outra condicionante, pois como se verifica na apresentação de resultados, o tempo de implementação, monitorização e avaliação dos resultados variam de 2 a 4 dias.

A limitação mais evidente é a temporal para a conclusão do respetivo projeto de intervenção profissional. Desta forma é previsto, que no futuro se implemente ou adapte o presente projeto, a uma população mais numerosa e num período de tempo mais alargado, para que os resultados sejam consolidados, de forma a promover a intervenção de enfermagem de reabilitação e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados e a criar evidência.

Não se demonstrando como uma limitação, mas sim como uma sugestão de melhoria a equacionar, será a utilização ou a validação para a realidade Nacional, de escalas que permitam avaliar de forma objetiva as consequências da PFC como a disartria, disfagia e perda de saliva pela comissura labial.

Durante a pesquisa bibliográfica constatou-se que os autores dos estudos e trabalhos consultados, eram de outras classes profissionais, existindo apenas um autor EEEER (Cardoso, 2016), com um trabalho similar, não em termos de projeto, mas sim na recolha de testemunhos através de entrevistas semiestruturadas que evidenciam os diferentes exercícios executados e os ganhos físicos e emocionais, pois os entrevistados, já teriam passado pela experiência de parésia facial.

Através dos estudos consultados e pela experiência deste projeto de intervenção considera-se que é necessário direcionar a investigação no âmbito, não só da Parésia Facial Periférica, mas também da PFC, nomeadamente no que concerne à duração e frequência das intervenções de reabilitação da pessoa com PFC, por isso é necessário despertar os diferentes profissionais para a necessidade de intervir junto da PFC e em conjunto.

Deve ainda ser referenciada uma possível recomendação para projetos futuros nesta área, que se depreende com a possibilidade de aplicação que questionários de qualidade de vida. Esses questionários poderão ser aplicados após a instrução deste treino e ao final de três meses, altura em que se preconiza, caso de não existam intercorrências, que os intervenientes já terão abandonado a instituição hospitalar

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS, CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PESSOAL

Através do reconhecimento de pessoas em contexto crítico com possibilidade de alteração de “funcionalidade sensorial, cognitiva, cardíaca, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” foram adotadas estratégias aprendidas, durante o Mestrado em Associação na vertente de Enfermagem de Reabilitação, de forma a favorecer a aquisição de competências específicas de EEER (OE, 2011; Vieira, 2017).

Embora as alterações decorrentes do AVC estejam, na sua grande maioria relacionadas com a mobilidade não deveram ser esquecidas a possibilidade de alterações de deglutição, na fluência e compreensão do discurso, mas também podem ocorrer alterações visuais, auditivas e sexuais.

Foi realizada diariamente uma análise reflexiva aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, prestados neste estágio final, com a identificação das pessoas com necessidades de intervenção através da elaboração de um plano de cuidados e assim avaliar a necessidade de intervenção especializada. Após a implementação das intervenções especializadas foram sempre avaliados os seus resultados.

Na reeducação funcional motora sobretudo na reabilitação da pessoa com PFC destaca-se o aprimorar de conhecimentos dos músculos faciais e a sua observação pormenorizada, como se apresenta neste projeto.

No que respeita a intervenções de reeducação funcional respiratória, foram implementadas as diversas intervenções de enfermagem de reabilitação a pessoas, com patologias respiratórias prévias, destacando-se as técnicas que permitem o descanso e relaxamento (controlo e dissociação dos tempos respiratórios; respiração diafragmática; expiração com os lábios semicerrados) e educação da pessoa para adoção de posições que promovam o descanso e relaxamento. Estas foram sobretudo adequadas durante o projeto como forma e maximizar o período de repouso entre séries de exercícios.

Não foram descuradas as intervenções promotoras de limpeza das vias aéreas (vibração manual; compressão e precursão torácica manual; drenagem postural modificada; tosse dirigida e assistida), nem os exercícios de reeducação respiratória (exercícios de reeducação abdomino-diafragmática; exercícios de abertura costal), exercícios de fortalecimento dos músculos respiratórios (exercícios de fortalecimento abdomino-diafragmático; exercícios de fortalecimento dos membros superiores), (Menoita & Cordeiro, 2012, p. 63).

As competências de EEER, para agir, em termos respiratórios e motores encontram-se explanadas e justificadas ao longo do projeto de intervenção através da elaboração de planos de cuidados, para cada um dos intervenientes. No capítulo seguinte serão clarificados alguns destes aspetos através da avaliação das diversas competências.

Relativamente aos objetivos principais do atual projeto estes foram atingidos plenamente, uma vez que foi possível avaliar o grau de parésia facial de todos os intervenientes através da escala de House-Brackman e estabelecer um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, focalizado na parésia facial que apresenta ganhos indiscutíveis. Contudo considera-se que o objetivo referente a avaliar os ganhos em saúde advindos do plano de intervenção, foi parcialmente atingido, pois os seus proveitos não são mensuráveis em termos estatísticos, a amostra não permite generalizações, mas considera-se que estes benefícios sejam percussores de novos estudos propriamente ditos e de novos planos de intervenção.

Os conteúdos mobilizados através do conhecimento da anatomia do nervo facial, músculos faciais e regiões enervadas, bem como dos exercícios promotores da recuperação da função muscular, contribuíram de imediato para a compreensão da dificuldade que cada individuo iria apresentar e assim delinear a melhor estratégia para diminuir essas mesmas dificuldades.

Ao longo da implementação das estratégias previamente delineadas compreendeu-se a introdução de novos recursos, neste caso balões e cubos de gelo poderão ter potenciado a recuperação. Os balões como já referido anteriormente apresentam uma estimulação visual imediata e sensitiva, mas também representam um objetivo, pois se não ocorrer uma oclusão eficaz dos lábios, o balão não ficará cheio e por isso será necessário adequar e treinar a técnica. Relativamente ao cubo de gelo, este como está frio permite sobretudo estimulação térmica e

caso a oclusão dos lábios não seja correta, perder-se-á líquido pela comissura labial afetada. Apenas com o desenrolar do projeto se compreendeu que poderia ter sido introduzida esta estratégia para dar cumprimento aos objetivos do próprio programa.

Ao longo do Estágio Final também foram realizadas intervenções em pessoas com outras alterações, motoras e sensitivas, decorrentes de alteração neurológica ou Ortopédica. Tal como o caso de um utente, com alteração neurológica, que apresentava hipoestesia no membro inferior esquerdo. Foi realizado treino com a introdução dos membros inferiores em caixa de areão, para que este percebe-se a diferença sentida entre os dois membros e assim estar alertado para os perigos de andar descalço e de inspecionar o interior do calçado. Este mesmo utente apresentava, no hemisfério esquerdo termohipostesia, pelo que foi realizado treino com bacias de água quente e fria, alternado os membros afetados com os sãos. Rapidamente compreendeu as diferenças de temperatura e a necessidade de adequar a temperatura da água para com o membro são, bem como os cuidados que deveria ter por exemplo para cozinhar.

Em Ortopedia e Ortopneumatologia, não se observaram de alterações sensitivas a não ser as relacionadas com a cirurgia (edema na zona intervencionada). Contudo foram mobilizados diversos conhecimentos e realizados diversos treinos, sobretudo de mobilização articular, ativa-assistida, de marcha (com andarilhos e canadianas, em terreno plano, com escadas e alterações de sentido), bem como posicionamentos e transferências pelo lado são e afetado. Deve ser realçado também os ensinamentos a familiares e utentes sobre os mesmos treinos e adaptações domiciliárias como por exemplo retirar tapetes, ou na satisfação de AVD como o caso de realização de higiene pessoal em banheira, com presença ou ausência de cadeira giratória ou na realização de eliminações com alçador de sanita. Foram sempre adequados os treinos e ensinamentos de acordo com o tipo de prótese (Prótese de Anca ou Joelho), com as características da pessoa e do seu domicílio.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Uma disciplina científica oferece aos seus membros uma organização mental, um conjunto de saberes próprios, que permite a compreensão e explicação de acontecimentos do seu interesse, pelos seus membros (Queirós, 2014, p.29).

Esta organização mental é composta por definições e proposições que relacionam e explicam variáveis distintas, para que seja possível compreender realidades complexas e assim seja perceptível a relação dos componentes dessa mesma disciplina, com o meio exterior (Fawcett³⁴, 2000).

A enfermagem é uma disciplina e uma profissão. Enquanto disciplina, através da pesquisa científica, aumenta o conhecimento sobre experiências humanas, conhecimento este, que permite criar ambientes de aprendizagem e assim criar novos domínios de compreensão. Juntamente com o objetivo profissional, presta serviço à população e à ciência. “Os profissionais de enfermagem são responsáveis pela regulamentação de padrões de prática e educação, com base em conhecimentos disciplinares, que refletem a saúde segura para a sociedade em todas as configurações.” (Parse, 1999, p.275)

Assim pode-se afirmar que um perito detém aprofundado conhecimento sobre uma determinada área e desenvolve a sua prática, ou seja, a sua habilidade perante uma determinada situação. Por outras palavras, sustenta a sua prática, em meios cientificamente comprovados. Este contexto não pode ser desagregado de cuidados de enfermagem, na medida em que só assim o enfermeiro poderá desenvolver as suas competências, (Nunes, 2010 p.3).

No decorrer da Unidade Curricular Estágio Final, com vista ao desenvolvimento de perícias e habilidades através das atividades planeadas e com a prestação direta de cuidados de enfermagem reabilitação, foi possível o desenvolvimento das competências específicas do EEER e das competências comuns do enfermeiro especialista bem como a aquisição das

³⁴ “Conceptual models are sets of general concepts and propositions that provide perspectives on the major concepts of the metaparadigm, such as person, health and well-being, and the environment.” - Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

competências de Mestre. Essas aquisições de competências serão apresentadas de seguida através de uma análise reflexiva.

7.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Os objetivos primordiais da enfermagem de reabilitação visam a melhoria da função, a promoção da independência e a maior satisfação da pessoa, de modo a preservar a autoestima. De forma a atingir esses objetivos, o EEER utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação das pessoas e família assegurando o direito à dignidade e à qualidade de vida, (O.E., 2010, p.1). Durante a formação teórica deste curso de especialização pretende-se que estas técnicas específicas de enfermagem de reabilitação sejam interiorizadas e adquiridas. Contudo a consolidação e desenvolvimento, destas competências só é possível com as vivências resultantes do contexto de prática clínica.

O conhecimento prático, ou seja, o saber fazer, implica que o enfermeiro se aperceba da globalidade da situação e que utilize paradigmas que já experienciou sem formular um grande número de considerações desnecessárias, (Nunes, 2010, p.4)

A primeira competência específica EEER, refere-se ao cuidado das pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (O.E, 2010, p.2). Na presente Unidade Curricular Estágio Final é verificada a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a indivíduos em situação crítica e/ou aguda, do âmbito neurológico, nomeadamente acometidos por AVC, e no cuidar de pessoas com situações Ortopédicas e Ortopneumológicas. Contudo também foram prestados cuidados na área respiratória e adaptadas situações em que foram envolvidas as três áreas de atuação, sendo exemplo disso um dos utentes interveniente no projeto.

Conduzindo-nos à segunda competência específica do EEER, estas pessoas, por alteração da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade ou restrição de participação, para a reinserção e exercício da cidadania, (O.E, 2010, p.4) encontravam-se

muitas vezes impedidas de executar as suas AVD autonomamente. Neste contexto foi possível avaliar a funcionalidade, conceber juízos sobre as limitações da atividade e incapacidades, através da aplicação de conhecimentos de enfermagem de reabilitação. Um exemplo concreto é o caso de utentes com AVC com alteração de diminuição da força num membro, ou um utente submetido a colocação de prótese de anca ou joelho, onde a nossa intervenção produziu resultados a curto prazo na re aquisição do autocuidado.

De forma a otimizar a adaptação à nova realidade recorreu-se à formulação de planos de intervenção para satisfação do autocuidado, implementação de intervenções e avaliação de resultados dessas mesmas intervenções, que por sua vez permitiram reeducar funcionalidades.

Assim, através da superação de défices de conhecimentos que a pessoa detinha sobre a sua limitação funcional, sobretudo motora, respiratória e sensitiva, com a elaboração e implementação de planos de intervenção e de cuidados, instituíram-se intervenções para adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e assim da promoção da qualidade de vida, limitando assim a deficiência, a limitação da atividade e da restrição da participação.

A promoção dos cuidados de Enfermagem realizou-se sobretudo na reeducação e recuperação funcional motora, uma vez que esta a mobilidade é a área frequentemente mais afetada. Desta forma e em conjunto, com a colmatação de défice de conhecimentos da pessoa, sobre as necessidades decorrentes da sua limitação funcional, foi sempre maximizada a reintegração social.

Recorrendo a exemplos concretos, foram prestados cuidados de EEER a pessoas afetadas com hemiparésia e a pessoas em períodos pós-operatório com colocação de Prótese total da anca. Nestes casos a intervenção do EEER é diferente, mas com o objetivo comum, que satisfaz plenamente a satisfação da segunda competência.

Relativamente à limitação funcional respiratória, apesar de ter sido pouco explorada neste relatório, a competência encontra-se adquirida, uma vez que o Ensino Clínico I foi realizado na Unidade de Doentes Insuficientes Respiratórios do Hospital Pulido Valente, do Centro Hospitalar Lisboa Central, onde foi desenvolvido um projeto de intervenção.

Esse projeto de intervenção teve a metodologia de estudo de caso tendo como objetivo final desse projeto, a avaliação das intervenções implementadas através da prova de 6 minutos de marcha. (Apêndice X) no final desse estudo de caso foi desenvolvido um póster para o serviço (Apêndice I do Apêndice X).

A terceira competência específica do EEER relaciona-se com a maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa, (O.E, 2011, p.4). A aquisição desta competência, foi desenvolvida no decorrer da Unidade Curricular Estágio Final, através da participação e envolvimento em diversas atividades. A pessoa alvo do plano de cuidados foi ativamente incluída, no sentido de incentivar a sua participação nas atividades planeadas, mas sobretudo que controlasse o seu próprio processo reabilitativo, de forma a maximizar a sua funcionalidade.

Quando percebemos que os planos não promoviam ganhos para a pessoa alvo, através da avaliação posterior das intervenções implementadas, estes eram reformulados, definindo novas metas, de forma a otimizar novos ganhos. Por exemplo, o treino com auxiliar de marcha a pessoas intervencionadas, mas que pela sua limitação funcional, já anteriormente utilizavam este auxiliar e sem ensino prévio, no momento da sua aquisição, demonstrou-se como uma barreira. Pois andar com auxiliar obedece a princípios básicos, que não foram adquiridos pela pessoa. Apesar de o EEER realizar a correção adequada, nem todas as pessoas se demonstram com disponibilidade ou capacidade para adquirir novas competências.

O projeto de intervenção na pessoa com parésia facial do tipo central, é outro exemplo disso mesmo.

Uma limitação, para a mensuração da avaliação na íntegra deste plano é o registo de informação no sistema de Informação em Enfermagem, uma vez que não foi possível aceder a nenhum indicador. Futuramente será uma meta a atingir não só para o presente projeto de intervenção, mas também para uniformização e melhoria dos cuidados de EEER. (O.E., 2011, p.4)

7.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O primeiro domínio de competências comuns do enfermeiro especialista, é o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. No campo de intervenção do enfermeiro especialista refere-se ao respeito pelos direitos humanos no desenvolvimento dos cuidados. Esta responsabilidade profissional, foi desenvolvido durante todos os contactos com a pessoa/família (O.E., 2010, p.3-4).

Os princípios éticos, legais e deontológicos da profissão, foram sempre respeitados, bem como as responsabilidades da profissão. Os princípios éticos, solicitam, que o enfermeiro especialista, recorra a estratégia de parceria sobretudo com o utente, mas também com a equipa, bem como a refletida tomada de decisão após uma avaliação cuidada, das melhores práticas clínicas, tendo por base conhecimentos no domínio da ética e deontologia O.E. (2010, p.5).

Esta competência foi desenvolvida através da tomada de decisão ética, em situações específicas do planeamento e implementação de intervenções, suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, com liderança dos processos de tomada de decisão ética na prática de enfermagem de reabilitação e avaliação dos processos e dos resultados da tomada de decisão, O.E. (2010, p.5). Com isto referimo-nos por exemplo, a definir porque é que se intervém de uma determinada forma numa pessoa com após colocação de Prótese Total de Anca com abordagem ântero-posterior e de outra forma numa pessoa com abordagem posterior. No caso da pessoa acometida por AVC porque é que uma pessoa pode realizar treino de marcha e outra não. Estas pequenas questões tornam-se importantes quando se está sob o escrutínio do olhar dos utentes, familiares e restante equipa.

Na prática de cuidados promoveu-se a proteção e respeito pelos direitos humanos de forma a promover direito à vida, a privacidade, a dignidade da pessoa, sempre com a utilização de intervenções, com finalidade benéfica para a pessoa. O.E. (2010, p.5).

O domínio do desenvolvimento da segunda (o domínio da melhoria contínua da qualidade) e terceira (o domínio da gestão dos cuidados) competências comuns do enfermeiro especialista, O.E. (2010, p. 6-9), foram conseguidas através do conhecimento e aplicação das

diferentes diretivas, normas de procedimento e linhas orientadoras presentes na instituição de acolhimento do Ensino Clínico e das oportunidades de gestão, de coordenação e de supervisão que se surgiram no decorrer da Unidade Curricular Estágio Final, como por exemplo a adequação de recursos humanos para executar a transferência de um utente.

Apesar de não ter sido contemplada neste Relatório, foi solicitado pela Enfermeira Chefe, a realização do projeto de reformulação e implementação da nova UAVC no atual local de trabalho (ULSLA), durante o mesmo período do decurso da Unidade Curricular Estágio Final. Esse projeto demonstrou-se, uma mais-valia para o desenvolvimento do trabalho de melhoria da continua de qualidade e de governação clínica.

Considera-se assim, a aquisição de competências na área da gestão e colaboração em programas de melhoria continua para a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. O.E. (2010, p. 6-9). A segurança do utente, pode ainda ser destacada através do despiste precoce da disfagia e de alterações sensitivas, que podem ocorrer no utente com a patologia neurológica, concretamente no que sofre AVC, como foi referenciado anteriormente.

De acordo com O.E. (2012, p. 5-7) o exercício profissional de qualidade deve ser potenciado pelas instituições de saúde, “adaptando os seus recursos e criando estruturas” de forma a promover cuidados de qualidade, neste caso dos Enfermeiros.

A participação em projetos institucionais, para melhoria da qualidade permitiram o desenvolvimento desta competência, uma vez que foi necessário incluir os conhecimentos da prática profissional, avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, planificar e liderar programas de melhoria contínua, tendo sempre em conta a promoção de um ambiente gerador de segurança, de proteção e a gestão do risco O.E. (2010, p. 6-8). Ainda que não seja em tempo específico do projeto e de forma a justificar a participação, em diferentes contextos e em projetos institucionais, deve ser mencionada a participação em grupos de trabalho na ULSLA. Destaca-se, o envolvimento na sistematização de informação, para a Equipa de Gestão de Altas, que culminou numa formação aberta a toda a instituição. Torna-se relevante, pois permite antever quais as dificuldades que a pessoa com incapacidade irá enfrentar. A participação como membro na Brigada de primeira intervenção em caso de Catástrofe permite a aplicação de conhecimentos em situações não habituais. Pode ser concluído que estes grupos

de trabalho e as capacidades experienciadas na Unidade Curricular Estágio Final, permitiram a sedimentação desta última competência, que se destina também a aprendizagem ao longo da vida em diferentes contextos de atuação.

No domínio da gestão de cuidados potenciou-se a melhoria da resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, no sentido de otimizar a qualidade de cuidados. Para tal foi necessária a otimização do processo ao nível da tomada de decisão, a orientação e supervisão das tarefas delegadas de modo a manter a integridade e a adequação dos recursos para otimizar o trabalho em equipa, tendo em conta as necessidades de cuidados e a adaptação do estilo de liderança, ao clima da organização para melhorar a resposta da equipa O.E. (2010, p. 6-9)

No quarto domínio, das aprendizagens profissionais (O.E., 2010, p. 9-10), o uso de estratégias de aquisição de novos conhecimentos enquanto pessoa e enfermeiro, permitiram a reconhecimento das características que se revelassem indutoras de perturbação na relação com a pessoa/família e com a equipa multidisciplinar, através do conhecimento dos limites e capacidades pessoais, mantendo e desenvolvendo a objetividade e a transparência.

Deve ainda ser mencionado que a orientação de alunos em contexto de Ensino-Clínico, é outro marco importante, pois a reflexão sobre o processo de aprendizagem e transmissão de conhecimentos permitiu-nos ao longo do nosso próprio processo (no Estágio Final), adequar o nosso conhecimento e adoção de postura adequada, uma vez que na prestação de cuidados enquanto Enfermeiro Generalista, ao longo de sete anos poderia ter-nos incutido algum sentido de descontração, no processo de avaliação e de prestação de cuidados.

Neste domínio convém salientar a pesquisa da mais recente evidência científica para o melhor e mais adequado exercício profissional na área da enfermagem de reabilitação.

Em breve, equaciona-se a propagação dos resultados obtidos deste projeto (Apêndice XII - ARTIGO) e também do papel do Enfermeiro Especialista e das suas intervenções e competências.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Uma forma de operacionalizar o processo de avaliação é pelo controle temporal estabelecido no cronograma, pois, estrutura, os tempos em que as diversas atividades devem ser desenvolvidas, bem como é um apoio para organização pessoal. Os tempos e as atividades foram sempre respeitados e por isso o cronograma não necessitou de ser ajustado.

Para o sucesso deste projeto foram necessários vários contatos com o enfermeiro supervisor e professora orientadora. Estes encontros permitiram aprimorar o controle sobre a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, para além de facilitarem a implementação do projeto de intervenção e redação do presente Relatório, sobretudo para que tudo o que fosse necessário ajustar, fosse regularizado de imediato, de forma a não ocorrer interferência no processo de desenvolvimento e aquisição de competências Comuns de Enfermeiro Especialista, competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Através das atividades desenvolvidas e da prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo da Unidade Curricular, foram desenvolvidas essas mesmas competências e aptidões.

Os objetivos do projeto de intervenção profissional (nomeadamente avaliar o grau de parésia facial; estabelecer um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação focalizado na parésia facial; Avaliar os ganhos em saúde advindos do plano de intervenção) foram alcançados e traduzem-se num ganho pessoal, com passíveis repercussões para a disciplina de Enfermagem. Este plano tem potencial, mas precisa continuar a ser desenvolvido nomeadamente com intervenções de Enfermagem de Reabilitação. Julgamos estar na senda da qualidade dos cuidados a prestar, e a longo prazo, na redução de custos não só institucionais, mas também para o Serviço Nacional de Saúde e Cidadãos.

9. CONCLUSÃO

Este relatório de Estágio, nasce no projeto de intervenção profissional na área de enfermagem de reabilitação sobre a pessoa com parésia facial do tipo central - implicações para a prática de Enfermagem de Reabilitação desenvolvido ao longo da Unidade Curricular Estágio Final.

No entanto, os objetivos da unidade curricular são mais amplos e visavam o desenvolvimento de competências de avaliação da funcionalidade, a implementação de programas, que em última instância visem a capacitação da pessoa. Os contextos foram relevantes, seja na área de neurologia ou de ortotraumatologia e ortopedia. Pudemos vivenciar situações de cuidados que mostraram, que a ação precoce e contínua de enfermagem de reabilitação, pode ditar um percurso de sucesso para os doentes e família. Esta é a razão para afirmarmos que a ação do EEER mostra potencial, para diminuir os custos institucionais e pessoais que se repercutem no aumento da qualidade de vida.

O projeto permitiu a recuperação da expressão facial de alguns utentes, embora apenas sejam apresentados 3 casos. Com certeza, diminuiu consequências imediatas e atenuou futuras para a própria pessoa e família. A sua execução exigiu um enorme investimento pessoal, na seleção da bibliografia adequada, no sentido de obter uma definição concreta das condições necessárias que sustentam o enquadramento teórico da patologia de AVC, da situação dele resultante (parésia facial central), os mecanismos para a recuperar. Embora com menor expressão, também os cuidados prestados de fundamentados em Ortopedia foram resultados de seleção bibliográfica.

Apesar de alguma fundamentação apresentar datas mais longínquas (1998), a maioria é recente e permitiu a comparação dos resultados obtidos (2011-2017). Esta discrepância temporal, não altera a relevância que este projeto e seguramente será uma mais valia para futuros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e outros grupos profissionais, que possam atuar na mesma área, uma vez que o trabalho de seleção bibliográfica já se encontra realizado e fundamentado.

Os resultados obtidos, seja na globalidade, seja com a implementação deste projeto, revela que a vontade pessoal dos intervenientes, após serem detentores de conhecimento que lhes permite alterar a sua situação e das complicações imediatas e tardias se nada for feito, demonstra-se eficaz, após saída imediata do período em que se encontram em situação crítica.

Profissionalmente, quer na área neurológica quer ortopédica, consideramos que o tempo de instrução dedicado a cada utente não se apresenta, no nosso ponto de vista, como prejudicial em termos de organização de trabalho, nem um gasto acrescido.

Do ponto de vista pessoal este projeto permitiu-nos desenvolver as competências necessárias ao desempenho de funções EEER, bem como as competências de Mestre e contribuir com conhecimentos, para a melhoria da qualidade e complementaridade da prestação de cuidados de Enfermagem e conseqüentemente, com enorme satisfação, para a disciplina de Enfermagem.

No que respeita aos objetivos específicos estes foram atingidos plenamente e considera-se com enorme sucesso, dada a dimensão temporal. Pois foi realizado o projeto de intervenção na aérea da reabilitação e daí extraídos os benefícios para as pessoas com que contactamos, bem como para a disciplina de Enfermagem de Reabilitação. O projeto foi implementado com sucesso comprovado e prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com parésia facial do tipo central, não descurando as outras necessidades e assim desenvolvidas as competências específicas de Enfermagem de Reabilitação.

A prestação direta de cuidados gerais de Enfermagem, ao longo de sete anos de experiência como Enfermeiro Generalista, muitas vezes com pessoas admitidas em contexto de AVC, demonstrou-se uma mais-valia, pela contribuição de bases que permitiram o planeamento das intervenções EEER, sobretudo na reeducação funcional motora e antevisão das mais diversas barreiras, encontradas no exterior da instituição hospitalar.

Conclui-se também, que a disponibilidade demonstrada pelas instituições acolhedoras e pelos agentes responsáveis pela supervisão e orientação, foi relevante para que não ocorresse qualquer incidente e que nos apropriássemos das competências de forma gradual e autónoma,

uma vez que permitiram gerir as aprendizagens ao longo do tempo, e cumprir com concretização dos objetivos atingir e tempos definidos no cronograma inicial.

Por tudo o que foi referido, com a prática de cuidados e muito estudo, foram desenvolvidas e adquiridas as competências de comuns de Enfermeiro Especialista, as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação e aptidões de Mestre.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

AHA/ASA (2015). American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment - A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 29/06/2015; 46:3020-3035. Acedido a 27 de outubro de 2017 Disponível em <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000074>

Alligood, M. (2018). *Nursing Theorists and Their Work ninth edition* - E-book. – Acedido a 20 de janeiro de 2018. Disponível em <https://books.google.pt/books?id=17stDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Minho – Instituto de Educação e Tecnologia de Braga. Acedido a 17 de janeiro de 2018. Disponível em: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf

Batista, A. F. G. (2015). *Avaliação do perfil demográfico, cirúrgico e de complicações de doentes operados com artroplastia total do joelho no Serviço de Ortopedia do CHUC*. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal. Acedido a 28 de fevereiro de 2018. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31974/1/TESE%20ARTROPLASTIA%20TOTAL%20DO%20JOELHO_com%20%C3%ADndice%20auto.pdf

Béjot, Y., Daubail, B., & Giroud, M. (2013). Epidemiology and prognosis of stroke in young adults. *La Revue Du Praticien*, 63(7), 926–9. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24167892>

- Beurskens, C.& Heymans, P. (2006). Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: a randomised controlled trial. *Australian Journal of Physiotherapy*, 52, 177-83. Acedido dia 1 de novembro. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(06\)70026-5](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(06)70026-5)
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra. Formasau.
- Briggs, D.E.; Felberg, R.A.; Malkoff, M. D.; Bratina, P. & Grotta; J.C. (2001). Should Mild or Moderate Stroke Patients Be Admitted to an Intensive Care Unit? *Stroke*, 32, 871-876. Acedido dia 2 de dezembro de 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.4.871>
- Cardoso, R., & Eusébio, A. (2011). Atividades da Vida Diária - Abordagens e práxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. In: *Cidade Solidária*. Nº 25, p. 30-35. Lisboa.
- Cardoso, T. S. P. (2016). *A experiência da paralisia facial na vida de relação da pessoa – implicações para a enfermagem de reabilitação na recuperação da expressão facial*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 13 de Outubro de 2017. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/18144>
- CIPE ® (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa- Ordem dos Enfermeiros - maio 2016. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- CK (s.d). Eletroestimulação Muscular Facial. Acedido a 30 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.ck.com.br/eletroestimulacao-muscular-facial/>
- Craig, J. V.; Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. 1ª ed. Loures: Lusociência.

- Correia, T., Sampaio, M. J., Almeida, R., & Garrido, C. (2010). Paralisia Facial Periférica - Diagnóstico, Tratamento e Orientação. *Nascer E Crescer*, 19 (3), 155–160. Acedido a 1 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-
- Costa, A. M.; Fernandes, J. P.; Silva; A. P.; Rodrigues, E. B. & Silva, M. V. (2017). Artroplastia Total da Anca: Estudo Retrospectivo e Comparativo entre a Abordagem Anterior Direta e a Abordagem Posterior. *GAZETA MÉDICA*, 1(4). Acedido a 28 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.gazetamedica.pt/images/gazetas/5/06.pdf>
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. de M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, III(2), pp.127–136. Acedido a 17 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a14.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto. Ministério da Saúde. Diário da República: I Série, 4971-74. Acedido a 9 de novembro de 2027. Disponível em <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2017/08/23/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República: I Série, 3159-91. Acedido a 9 de novembro de 2017. Disponível em <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/63/2016/09/13/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 238/2012 de 31 de outubro; Ministério da Saúde. Diário da República: I Série, 6288–97. Acedido em 28 de fevereiro de 2018 disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/191630>
- DGS, (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Norma nº015/2017 de 13/07/201. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 27 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017.aspx>

- DGS, (2016). *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*, 1-106. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde Acedido em 27 de agosto de 2017 disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>
- DGS, (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*, 1-19. Norma 054/2011 de 27/12/2011. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Acedido em 8 de outubro 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- DGS, (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*, 1-71. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Portugal. Acedido em 27 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
- DGS, (2001). *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*, 1-28. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde Acedido em 27 de agosto de 2017. Disponível em: <http://docplayer.com.br/8765946-Unidades-de-avc-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
- Duarte, M. (2014). *Processo de Cuidados do Enfermeiro e Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Convalescença*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido a 27 de agosto de 2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9520/1/tese%20%20C3%BA%20ultima%20vers%C3%A3o.pdf>
- Ellis, C. (2010). Stroke in young adults. *Disability and Health Journal*; 3: 222-4. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2010.01.001>
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

- Ferro, J. & Pimentel, J. (2006) – *Neurologia, princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Guerreiro, J. (2014). *Quadro de Referência do Exercício Profissional dos Enfermeiros da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.* Beja: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
- Gomes, A., Nascimento, E., Matos, L., Martins, I., Mós, M., Correia, J., et al. (2008). Acidente vascular cerebral no adulto jovem: estudo prospectivo de 58 doentes. *Medicina Interna* 15 (3): 161-8.
- Honoré, B. (2000) Dever formar e dever cuidar na experiência de ação e pensamento. In *Cuidar neste mundo*. Hesbeen, W. (2000). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001) – *A Reabilitação. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- INE. (2016a). *Aumento dos Suicídios em 2014 - Causas de Morte de 2014*. Acedido em 27 de agosto de 2017. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpuid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249899765&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2016b). *Estatísticas da Saúde - 2014*. Acedido em 7 de fevereiro de 2017. Disponível em: https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpuid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2
- Jorge, J. J., & Boldorini, P. R. (2005) - Paralisia Facial Periférica. *Revista Faculdade de Ciências Médicas do Sorocaba*, 7 (2): 11-16. Acedido a 17 de janeiro de 2018. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/247/pdf>

- Kandel, E.; Schwartz, J. H.; Jessel, T.; Siegelbaum, S. A. & Hudspeth, A. J. (2013) - *Principles of neural science*. 5ª Edição. McGraw-Hill Companies
- Karsch, U. M. (1998). Envelhecimento com dependência: Revelando Cuidadores. *Revista Intervenção Social*. pp. 1-10 Acedido dia 1 de novembro. Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1099/1217>
- Konecny, P., Elfmark, M., Horak, S., Pastucha, D., Krobot, A., Urbanek, K. & Kanovsky, P. (2014). Central facial paresis and its impact in mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. *Biomed Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc Czech Republic*, 158(1), 133-137. Acedido dia 17 de janeiro de 2018. Disponível em: http://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio-201401-0021_central_facial_paresis_and_its_impact_on_mimicry_psyche_and_quality_of_life_in_patients_after_stroke.php. DOI: 10.5507/bp.2013.014.
- Konecny, P., Elfmark, M. & Urbanek, K. (2011). Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 73-75. Acedido dia 17 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0645>. DOI: 10.2340/16501977-0645.
- Martinez, J. A. B; Pádua, A.I. & Filho, J. T. (2004). *Dispneia*. Simpósio: Semiologia. Ribeirão Preto, 37: 199-207. Acedido a 10 de maio de 2017. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/497/496>
- Manikandan N. (2007). Effect of facial neuromuscular re-education on facial symmetry in patients with Bell's palsy: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 21: 338-43. Acedido dia 1 de janeiro. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Manikandan_Natarajan5/publication/6223490_Effect_of_facial_neuromuscular_re-education_on_facial_symmetry_in_patients_with_Bell%27s_palsy_A_randomized_controlled_trial/links/02e7e5327c6a7b8d00000000/Effect-of-facial-

neuromuscular-re-education-on-facial-symmetry-in-patients-with-Bells-palsy-A-randomized-controlled-trial.pdf

Matos, C. (2011). Paralisia Facial Periférica: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, 24: 907-914. Acedido dia 1 de novembro de 2017. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1578/1162>. DOI: 10400.17/920.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C., (2014). *Reabilitar a Pessoa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusociência. Loures.

Menoita, E. C. P. C. & Cordeiro, M. C. O., (2012) – *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Lusociência. Loures.

Moro, C. H. C. & Neto, O. M. P. (2009). *Programa de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento do Acidente Vascular Cerebral*. Módulo III – Escalas de avaliação. Sociedade brasileira de doenças cerebrovasculares. Acedido a 23 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.acaoavc.org.br/admin/wp-content/uploads/2015/10/6.3.6.d....apostila-pacto-avc-mod3.pdf>

Nellis, J. C; Ishii, M.; Byrne, P., J. et al. (2017). Association Among Facial Paralysis, Depression, and Quality of Life in Facial Plastic Surgery Patients. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3): 190-196. Acedido a 20 de janeiro de 201. Disponível em: [doi:10.1001/jamafacial.2016.1462](https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1462).

Netter, Frank H, (2015). *Atlas de Anatomia Humana*. 6ª edição, Elsevier.

NIH STROKE SCALE INTERNACIONAL, (1999). *Instruções de Pontuação*. Acedido a 1 de novembro de 2017 Disponível em: http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf

Nunes, L. (2010) – Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem – Uma Exploração da Natureza e Atributos dos Peritos e dos Processo de Conhecimento de Enfermagem. *Revista Percursos*, 17. Acedido a 19 de novembro de 2017. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

O.E (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em 28 de Outubro de 2017 Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

OE (2014). *Assembleia do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12 de abril de 2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

O.E. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido em 27 de agosto de 2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

O.E. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*, pp. 1-5: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentaoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

O.E. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Ordem dos Enfermeiros*, pp. 1-10. Acedido em 7 de janeiro de 2018. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- O.E., Conselho de Enfermagem. (2009) - *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. Acedido a 29 de dezembro, 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Oliveira, V. (2006) - A Importância das Unidades de AVC - A Realidade do AVC em Portugal. *Revista Factores de Risco*, 1: 68-71. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em <http://www.spc.pt/SPC/AreaCientifica/publicacoes/rfr/artigo.aspx?id=203mgjsfpz>.
- O.M.S (2006). *STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Acedido a 7 de outubro de 2017. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Orem, D., (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Pardal, L. & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*, Porto: Areal.
- Parse, R. R. (1999), *Nursing: The Discipline and the Profession Nursing Science Quarterly*, 12(4): 275-276. Acedido a 7 de outubro de 2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/089431849901200401>
- Pereira, D. R. E. &, Branco, J. (2015) – Osteoartrite. *Acta Medica Portuguesa*, 28(1): 99-106. Acedido a 28 de fevereiro de 2018. Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/5477/4229>
- Pereira, L.M.; Obara, K; Dias, J.M.; Menacho, M.O.; Lavado, E.L. & Cardoso J.R. (2011). Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. *SAGE Journals - Clinical Rehabilitation*, 25(7): 649-58. Acedido a 12 de fevereiro de 2018. Disponível em doi: 10.1177/0269215510395634.

- Perlini, N. M. O. G., & Faro, A. C. M. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39(2): 154–163. Acedido a 7 de outubro de 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200005>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau. Maio 2012.
- Queirós, P. J. P.- (2014) Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2): 29-40. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13120>
- Registo Português de Artroplastia (2018) – Hospitais/Estatísticas. Acedido a 28 de fevereiro de 2018. Disponível em <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Hospitals.aspx>
- Renna, R., Pilato, F., Profice, P., Della Marca, G., Broccolini, A., & Morosetti, R., (2014). Risk factor and etiology analysis of ischemic stroke in young adult patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, 23(3): 221-7. Acedido a 8 de outubro de 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.10.008>
- Seeley, R.; Stephens, T.; Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia*. 8ª Ed. Lisboa: Lusociência.
- Silva, M., Silva, M., Santos, J. (2013). Paralisia Facial e a Reabilitação. *NATIVA- Revista de Ciências Sociais do Norte de Mato Grosso*, 1(2): 1-8. Acedido a 19 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://revistanativa.com/index.php/revistanativa/article/view/132/pdf>
- Smajlović, D. (2015). Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vascular Health and Risk Management*; 11: 157–164. Publicado em 24 de fevereiro de 2015. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em: [doi:10.2147/VHRM.S53203](https://doi.org/10.2147/VHRM.S53203)

Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Fourth Edition – Philadelphia: F. A. Davis Company. Acedido a 20 de outubro de 2017. Disponível em

https://books.google.pt/books?id=oMjXBgAAQBAJ&pg=PA111&lpg=PA111&dq=Orem,+2001+p.+254&source=bl&ots=-w2SjTcHiY&sig=ny4C2RESTD2V9RheV2Kjmgsvgdg&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjcmNvukN_WAhVpK8AKHRdiAXUQ6AEINTAD#v=snippet&q=major%20concepts%20orem&f=false

SPAVC (2011). *Fatores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais*. 3ª edição. Acedido a 19 de novembro de 2017. Disponível em <http://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/publicacoes/FRV%20AVC%20Jan%202011.pdf>

SPAVC. (2013). *Recomendações para o tratamento do AVC Isquémico 2008*. Acedido em 27 de agosto de 2017 disponível em: Sociedade Portuguesa do acidente Vascular Cerebral website: <http://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/ESO/Recomendacoes%20para%20o%20tratamento%20do%20AVC%20isquemico%202008.pdf>

SNS (2016a) – Unidade Local de saúde do Litoral Alentejano – Posicionamento estratégico. Acedido a 28 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-litoral-alentejano-epe/>

SNS (2016b) – Unidade Local de saúde do Litoral Alentejano – qualidade. Acedido a 28 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.ulsla.min-saude.pt/institucional/qualidade/>

SNS (2017a) - Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Posicionamento estratégico. Acedido a 11 de fevereiro de 2018. Disponível em; <http://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>

SNS (2017b) - Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Posicionamento estratégico. Acedido a 11 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/>

SNS (2017c) – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano – Organigrama da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE. Acedido a 28 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-litoral-alentejano-epe/>

Turismo de Portugal (2018) – Demografia e Geografia. Acedido a 28 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.visitalgarve.pt/visitalgarve/vPT/DescubraAREgiao/99/Demografia+e+Geografia/>

Vieira, João. (2017). - *Mobilização Articular Precoce da Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva*. Relatório de Estágio. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Escola Superior de Saúde de Beja; Escola Superior de Saúde de Portalegre; Escola Superior de Saúde de Setúbal; Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Acedido em 20 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/21166>

Vieira, M. (2013). *A Pessoa com AVC, Promoção do Autocuidados nas AVD: Higiene e Vestuário*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em 27 de outubro de 2017 disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15731/1/A%20Pessoa%20com%20AVC%20C%20promo%20A7%20C3%A3o%20do%20autocuidado%20nas%20AVD%20Higiene%20e%20Vestu%C3%A1rio.pdf>

Webber, R. (2005) - Paralisia Facial Periférica. *Seminário de Otorrinaringologia 2005 - Disciplina de Otorrinaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, p. 1-20. Acedido a 17 de janeiro de 2018. Disponível em http://www.otorrinousp.org.br/noticias_detalhes.asp?id=122

ANEXOS

ANEXO I – Quadro resumo dos músculos faciais e suas funções

Músculos	Inserção de Origem	Inserção terminal	Nervo	Ação
Auricular Anterior	Aponevrose epicraniana;	Cartilagem da orelha;	Facial	Puxa a orelha superior e anteriormente;
Posterior	Apófise mastóidea;	Raiz posterior da Orelha;		Puxa a orelha para trás;
Superior	Apófise epicraniana;	Cartilagem da Orelha;		Puxa a orelha superior e posteriormente;
Bucinador	Mandíbula e maxilas	Orbicular da boca no ângulo da boca	Facial	Retrai o ângulo da boca; achata e fecha a boca
Canino	Maxila	Pele no ângulo da boca e orbicular dos lábios	Facial	Eleva o ângulo da boca
Grande Zigomático	Oso Zigomático	Ângulo da boca	Facial	Elevação e abdução do lábio superior
Levantador comum do lábio superior e da asa do nariz	Maxila	Asa do nariz e lábio superior	Facial	Eleva a asa do Nariz e o lábio superior
Levantador da pálpebra superior	Pequena asa do Esfenoíde	Pele da pálpebra	Oculomotor Comum	Eleva a pálpebra superior
Levantador do lábio superior	Maxila	Pele e orbicular dos lábios (superior)	Facial	Eleva o lábio superior
Músculo da Borla do mento	Mandibula	Pele do queixo	Facial	Eleva enrug a pele do queixo,

				eleva o lábio superior
Nasal	Maxila	Dorso da asa do nariz	Facial	Dilata a narina
Occipitofrontal	Occipital	Pele da pálpebra e nariz	Facial	Move o couro cabeludo; eleva as pálpebras
Orbicular das pálpebras	Maxila e frontal	Contorna a órbita e insere-se perto da origem	Facial	Encerra o olho
Orbicular dos lábios	Septo nasal, maxila e mandíbula	Fáscia e outros músculos dos lábios	Facial	Elevação do lábio superior
Pequeno zigomático	Osso Zigomático	Orbicular dos lábios e lábio superior	Facial	Elevação e abdução do lábio superior
Piramidal do nariz	Dorso do nariz	Frontal	Facial	Cria rugas horizontais entre os olhos, como franzir a testa
Quadrado do mento	Bordo inferior da mandíbula	Pele do lábio inferior e orbicular dos lábios	Facial	Deprime o lábio inferior
Risorius de Santorini	Fáscia do subcutâneo do pescoço e do masséter	Orbicular dos lábios e pele do canto da boca	Facial	Abdução do ângulo da boca
Subcutâneo do pescoço	Fáscia do deltóide e grande peitoral	Pele sob o bordo inferior da mandíbula	Facial	Deprime o lábio inferior; enruga a pele do pescoço e parte superior do tórax

Supraciliar	Saliência nasal e orbicular do olho	Pele a pálpebra	Facial	Deprime a porção mediana da sobrancelha e puxa as sobrancelhas uma para a outra, como no franzir a testa
Triangular dos lábios	Bordo inferior da mandíbula	Lábio, perto do ângulo da boca	Facial	Deprime o ângulo da boca

Quadro adaptado de Seeley, Stephens & Tate (2011, p.333)

ANEXO II – Declaração de Aceitação de Orientação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro assumir a orientação do trabalho do estudante Eduardo Luís Cortesão Pimenta (aluno n.º 36927), conducente à elaboração do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação.

Trata-se de um trabalho de investigação empírica, subordinado a tema da área de especialização referida, que trata a temática *Recuperar a expressão facial após parésia: Implicações na prática de enfermagem de reabilitação*.

Por ser um trabalho inovador e, sobretudo, porque reconheço no mestrando adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com todo o interesse científico a sua orientação.

Évora, 25 Outubro de 2017

O Orientador

Maria José Lourenço dos Reis

**ANEXO III – Aprovação da Comissão de Ética em Saúde e bem-estar da Universidade
de Évora**



Documento 1 8 0 1 2

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Manuel Agostinho Fernandes e Prof. Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Recuperar a expressão facial após parésia facial central como sequela de Acidente Vascular Cerebral – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação*" do investigador **Eduardo Luís Cortesão Pimenta** (mestrando) e Prof.^a Doutora Maria Gorete Mendonça (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO IV – Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do CHUA

FW: Proposta de Investigação/Plano de Intervenção

E Emanuel Jose Martins Mourao <morao@ch Algarve.min-saude.pt>
qui 07-12-2017, 15:27
Você: Isabel Maria Pereira Jardim Ferreira Basílio (ibasilio@ch Algarve.min-saude.pt) ✉

Esta mensagem foi enviada com importância alta.

Reencaminhou esta mensagem a 20-12-2017 17:07

Enfermeiro Eduardo Luís Cortesão Pimenta, boa tarde,

Este contacto serve para informá-lo que a sua proposta de investigação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática Enfermagem de Reabilitação, foi autorizada, tal como pr Conselho de Administração do CHUA,EPE.

Desta forma, pode iniciar os procedimentos propostos; agradeço que, quando terminar, informe-nos. Deve utilizar esta mensa autorização da sua proposta.

Com os melhores cumprimentos,

Emanuel Mourão.

Enfermeiro,
CFIC – Área de Enfermagem, Unidade de Faro do CHUA, EPE;
289891147, Ext.: 11534;
morao@ch Algarve.min-saude.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve



ANEXO V– Escala da National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correcta. Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma cõere. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que o doente faça um esforço especial).

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barneiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	<p>0 = Acordado; responde correctamente.</p> <p>1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.</p> <p>2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</p> <p>3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p>	_____
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correcta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barneiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia recebem 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	<p>0 = Responde a ambas as questões correctamente.</p> <p>1 = Responde a uma questão correctamente.</p> <p>2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.</p>	_____
1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	<p>0 = Realiza ambas as tarefas correctamente.</p> <p>1 = Realiza uma tarefa correctamente.</p> <p>2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente.</p>	_____
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela actividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de parálisis do olhar conjugado.	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Parálisis parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado.</p> <p>2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p>	_____

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

<p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p>_____</p>
<p>4. Parêsi Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial menor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p>	<p>_____</p>
<p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito</p>	<p>_____</p>
<p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna</p>	<p>_____</p>

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

	<p>cal logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>5a. Membro Inferior Esquerdo</p> <p>5b. Membro Inferior Direito</p>	<p>_____</p>
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em 2 membros.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p>	<p>_____</p>
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a-3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.</p> <p>1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<p>_____</p>
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a-3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do</p>	<p>_____</p>

N I H
ESCALA
DE AVC

INSTRUÇÕES
DE
PONTUAÇÃO

	<p>examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>	_____
<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a dafasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p>NT = Entubado ou outra barreira física; explique_____</p>	_____
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade.</p> <p>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>	_____

Você sabe como fazer.

Descida à Terra.

Cheguei a casa do trabalho.

Perto da mesa, na sala de jantar.

Eles ouviram-no falar na rádio, na noite passada.

Lista para leitura no item 9. Melhor Linguagem.

5

Mamãe

Tic-Tac

Paralelo

Obrigado

Estrada-de-ferro

Jogador de futebol

Lista de Palavras no item 10. Disartria.



Lista para Nomeção no item 9. Melhor Linguagem.

7



Copyright © 1983 by Lea & Fitzgib

Figura para o item 9. Melhor Linguagem.

Bibliografia:

NIH STROKE SCALE INTERNACIONAL (1999), Acedido a 1 de novembro de 2017

Disponível em:

http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf

ANEXO VI – Escala de House-Brackmann

Escala de House-Brackmann

Grau 1 Função Normal	Função Normal
Grau 2 Disfunção Ligeira	Parésia ligeira só detectável com inspecção cuidada
	Fecha olho completamente com mínimo esforço
	Assimetria só no sorriso forçado
	Sem complicações
Grau 3 Disfunção moderada	Parésia evidente, mas não desfigurante
	Fecha olho, mas com grande esforço
	Boca com desvio evidente
	Podem surgir espasmos, contracturas, sincinésias
Grau 4 Disfunção moderada/severa	Parésia evidente e desfigurante
	Não fecha o olho. Sinal de Bell
	Simetria em repouso
	Espasmos, contracturas e sincinésias graves
Grau 5 Disfunção severa	Quase sem movimento do lado afectado
	Assimetria em repouso
	Geralmente sem espasmos, contracturas, sincinésias
Grau 6 Paralisia total	Sem qualquer tipo de movimento
	Sem espasmos, contracturas, sincinésias

Fonte:

Correia, T., Sampaio, M. J., Almeida, R., & Garrido, C. (2010). Paralisia Facial Periférica - Diagnóstico, Tratamento e Orientação. *Nascer E Crescer*, 19 (3), 155–160. Acedido a 1 de novembro de 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300005

ANEXO VII – Escala de Lower

A avaliação inicia-se dos segmentos distais para os proximais (*mas a força depois de perdida surge do proximal para o distal*) e realiza-se bilateralmente.

A escala mais comumente utilizada é a de **Lower** (PINTO, 2001), na qual o método utilizado vale-se do uso da força e da resistência do profissional:

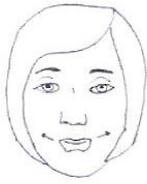
- 5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;
- 4/5 – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
- 3/5 – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;
- 2/5 – Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama;
- 1/5 – Observa-se contracção palpável e/ou visível sem movimento;
- 0/5 – Sem contracção muscular e sem movimento.

Fonte:

Menoita, E.C.; Sousa, L.M.; Ivo, I.B.P.; Vieira, C.M. (2014). REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência

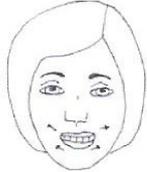
APÊNDICES

APÊNDICE I – Brochura com exercícios faciais



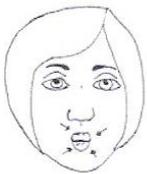
“Sorrir”

Sorrir com os lábios juntos, sem mostrar os dentes



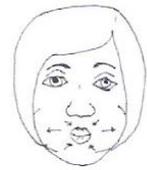
“Mostrar os Dentes”

Sorrir mostrando os dentes



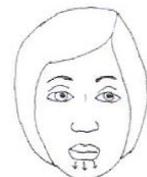
“Assobiar”

Aproximar e comprimir os lábios como se estivesse a assobiar



“Encher a Boca de Ar”

Encher a boca de ar como se estivesse a soprar



“Depressão do Lábio Inferior”

Como se estivesse a fazer beicinho

Adaptado de Menoita, et al, (2014, pp. 136-137)

APÊNDICE II – Pedido formal para realização do estudo à Comissão de Ética em Saúde e bem-estar da Universidade de Évora



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Eduardo Luís Cortesão Pimenta
Email: m36927@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36927
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação

Nome dos Investigadores:

Eduardo Luís Cortesão Pimenta

Nível da Investigação:

Ciências da Saúde

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Maria Gorete Mendonça dos Reis

Professora Doutora na Universidade de Évora - Escola Superior São João de Deus

ID ORCID: 0000-0003-1001-4142

E-mail: greis@uevora.pt

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Maria Gorete Mendonça dos Reis

Professora Doutora na Universidade de Évora - Escola Superior São João de Deus

ID ORCID: 0000-0003-1001-4142

E-mail: greis@uevora.pt

Resumo / Abstract:

O Acidente vascular Cerebral (AVC) é a causa com maior relevância na morbidade e incapacidade crónica na Europa, sendo a parésia facial a consequência mais comum, uma vez que inicialmente, se procura maximizar a funcionalidade da pessoa para realização das suas atividades de vida diária. Ocorre por alteração do mimíca facial. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adequa a prestação de cuidados de forma a compensar as limitações da pessoa, mas tendo por base as capacidades de autocuidado da mesma, desenvolvendo as suas próprias habilidades e capacidades.

A pessoa com esta sequela poderá vir a apresentar inúmeras alterações na sua expressão facial, quer se encontre em repouso ou em movimento por alteração da simetria facial. Cabe ao Enfermeiro de Reabilitação Prevenir as consequências que daí advêm. A perda de expressão facial gera alteração da imagem da pessoa, perante outros e perante si mesma, alterações da autoestima, por não se expressar de forma a se sentir compreendida pelos outros como gostaria de ser, alterações na alimentação uma vez que pode ocorrer perda de saliva ou alimentos pela comissura labial do lado afetado que se encontra flácido, pronuncia de palavras de forma incorreta que é percebida pelas outras pessoas, uma vez que a expressividade emocional da face pode ser mal percebida ou interpretada.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Eduardo Luis Cortesão Pimenta
Email: m36927@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36927
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Fundamentação e pertinência do estudo:

A finalidade da UAVC é reduzir o número de internamentos em Hospitais de agudos, a incapacidade funcional e as complicações pós AVC e o número de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes ao seu ambiente familiar e tanto quanto possível ao seu local de trabalho. Segundo a OMS o AVC é um comprometimento neurológico focal (ou global) que sucede abruptamente com sintomas para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular organização Mundial de Saúde [OMS]. (2006, p. 6).

Para SPAVC (2013), o AVC é a causa com maior relevância na morbilidade e incapacidade crónica na Europa. As alterações decorrentes apresentam várias implicações na vida da pessoa, contudo depende da área cerebral afetada, gravidade da lesão e do estado de saúde. Segundo Pfeiffer e Reding (1998) citado em DGS (2011), após o internamento, verifica-se que cerca de 80% de doentes com défices motores, sensoriais e cognitivos, beneficiavam com um programa de reabilitação, de forma a minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sociofamiliar. A parésia facial, é a consequência mais comuns após o AVC, manifestando-se na mímica facial. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adequa a prestação de cuidados de forma a compensar as limitações da pessoa, mas tendo por base as capacidades de autocuidado da mesma, desenvolvendo as suas próprias habilidades e capacidades.

A pessoa com esta sequela poderá vir a apresentar inúmeras alterações na sua expressão facial, quer se encontre em repouso ou em movimento por alteração da simetria facial. A perda de expressão facial gera alteração da imagem da pessoa, perante outros e perante si mesma, alterações da auto-estima, por não se expressar de forma a se sentir compreendida pelos outros como gostaria de ser, alterações na alimentação uma vez que pode ocorrer perda de saliva ou alimentos pela comissura labial do lado afetado que se encontra flácido, pronúncia de palavras de forma incorreta, percebida pelas outras pessoas, uma vez que a expressividade emocional da face pode ser mal percebida ou interpretada. Por toda a implicância que a alteração da expressão facial tem na vida quotidiana da pessoa toma-se pertinente a sua avaliação de forma precoce e de forma mensurável. Fonseca, et al. (2015, p. 289) e Konecny et al,2014, p.133).

A face é composta por elementos musculares, neste caso da parésia facial do tipo central ocorre apenas a afecção do movimento voluntário do terço inferior da face. Weber (2005, p. 5). Os elementos musculares envolvidos mobilizados de uma forma precoce maximizam a sua recuperação, pelo que se justifica um diagnóstico e uma intervenção precoce.

A mensuração neste relatório será realizada através da escala de Escala de House-Brackmann.

A Escala de House-Brackmann subdivide a parésia facial em 7 níveis, desde 1- sem parésia, até 7 onde ocorre a paralisia total. Através desta escala é também percebida a presença ou ausência de certos movimentos faciais. Fonseca, et al. (2015, p. 289 - 290).



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Eduardo Luís Cortesão Pimenta
Email: m36927@alunos.uuevora.pt **Número de aluno:** 36927
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Objetivos:

Avaliar o grau de parésia facial
Estabelecer um plano de intervenção de ER focalizado na parésia facial
Avaliar os ganhos em saúde advindos do plano de intervenção

Seleção da amostra:

A população sofreu uma lesão neurológica, maioritariamente por AVC, a idade média situa-se na ordem dos 60 anos, sendo por isso considerada jovem. As dificuldades comunicacionais mostram-se relevantes pela lesão residual mas também pelos distintos idiomas falados pelos estrangeiros que ocorrem ao serviço.

Neste estudo são incluídos todos os utentes admitidos na UAVC que tenham como consequência pós AVC parésia facial.

Os critérios definidos para inclusão são: ter como diagnóstico de admissão AVC, tendo como sequelas parésia facial do tipo central; NIHSS score <17, aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo.

Procedimentos metodológicos:

A metodologia do presente estudo será qualitativa, onde se preconiza a realização de investigação-ação como forma de aprimorar a prática, através dos meios mais adequados e introduzir/ incentivar a mudanças.

Instrumento de colheita de dados: será constituído por variáveis de caracterização e pelas escalas de avaliação da parésia facial (escala de House-Brackmann) e de défice resultante do AVC (escala NIHSS).

Proceder-se-á ao registo fotográfico da face em 2 momentos de avaliação.

Instrumentos de avaliação:

Instrumento de colheita de dados: será constituído por variáveis de caracterização e pelas escalas de avaliação da parésia facial (escala de House-Brackmann) e de défice resultante do AVC (escala NIHSS).

Proceder-se-á ao registo fotográfico da face em 2 momentos de avaliação.

Como serão recolhidos os dados:

Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração para realizar este estudo e será pedido o consentimento



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Eduardo Luís Cortesão Pimenta
Email: m36927@alunos.uvora.pt **Número de aluno:** 36927
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Informado aos utentes que aceitem participar, garantindo o anonimato das fontes e confidencialidade dos dados. As fotos serão anonimizadas.

- a) Após avaliação com a escala de NIHSS, define-se a inclusão na amostra;
- b) Avaliação da severidade parésia facial através da escala de House-Brackmann;
- c) caracterizada a parésia;
- d) Implementar plano de reeducação dos músculos faciais, tendo em conta o grau de severidade, adequado a cada utente.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração para realizar este estudo e será pedido o consentimento informado aos utentes que aceitem participar, garantindo o anonimato das fontes e confidencialidade dos dados. As fotos serão anonimizadas.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Em Portugal há a referir a tese apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem pela Enfermeira Tiago São Pedro Cardoso em 2016, que avaliou a experiência da parálisia facial na vida de relação da pessoa. Nesta tese foi realizado registo de áudio, através de uma entrevista estruturada e depois transcrita. Ao longo das entrevistas são notórios os sentimentos de cada interveniente, bem como os planeos que cada um utilizou para recuperar a expressão facial.

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

CONSENTIMENTO INFORMADO (utente)

Recuperar a expressão facial após parésia facial central – implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação.

Caro utente, eu, Eduardo Luís Cortesão Pimenta, Enfermeiro, a exercer funções no Serviço de Especialidades Médicas da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, estando a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, Ramo de Enfermagem de Reabilitação do Mestrado em Associação da Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal e Escola superior de Saúde Dr. Lopes Dias, pretendo no âmbito do plano curricular do curso, realizar um relatório de estágio decorrente do estágio realizado na Unidade e Acidente Vascular Cerebral no Centro Hospital e Universitário de Faro , sob orientação da Doutora Maria Gorete Reis.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Eduardo Luis Cortesão Pimenta
Email: m36927@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36927
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

A base para realização dos objetivos, deste relatório de estágio foi o planeamento desta Unidade Curricular, logo pretendo dar resposta com a minha intervenção e através de registo fotográfico através do qual posteriormente garantirei anonimato, pelo que apagarei marcas de reconhecimento. A minha intervenção será refletida aquando da realização das intervenções e do relatório, cujo objetivo principal é a elaboração de um programa de reabilitação de forma a recuperar a expressão facial pessoa em processo de recuperação após AVC.

Desde já informo que não resultarão danos físicos ou psíquicos uma vez que a confidencialidade e a privacidade será assegurada pelo anonimato da identificação.

As informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão apenas utilizados neste estudo.

A sua participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

A sua participação é muito importante para este estudo

O estudo merece parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde.

Muito obrigado pela atenção dispensada.

Eduardo Luis Cortesão Pimenta
Enfermeiro e Mestrando em Enfermagem de Reabilitação Contacto: eduardocortesao@hotmail.com

Data:
Assinatura do Participante:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas.

Declaro ainda que fui informado/o dos principais objetivos do estudo, o qual se destina o trabalho de tese do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.

Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo, em qualquer altura.

Aceito participar neste estudo tendo em conta nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço.

APÊNDICE III – Pedido formal para realização do estudo à Comissão de ética do
CHUA, Conselho de Administração e Enfermeira Diretora

Pedido de autorização de colheita de dados

Ex^{ma}. Sr^a. Presidente do Conselho de Ética do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização para efetuar um estudo no Centro Hospitalar e Universitário (CHUA), no âmbito de uma dissertação de Mestrado.

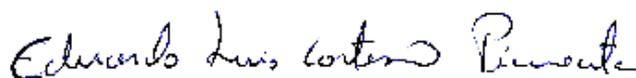
Eu, Eduardo Luís Cortesão Pimenta Mestrando em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e a realizar o II ensino clínico em Enfermagem De Reabilitação, Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA), no âmbito de uma dissertação de mestrado, sob orientação científica da Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis, venho por este meio solicitar a sua anuência para realizar dentro da mesma instituição um estudo subordinado ao tema:

“Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação”

O presente estudo tem como objetivo principal recuperar a expressão facial da pessoa em processo de recuperação após AVC, com parésia facial do tipo central, através da elaboração de um programa de reabilitação. Junto anexo pedido realizado à Comissão de Ética- Área de Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora

Durante todas as fases do processo será mantida a confidencialidade dos dados recolhidos e que não implicará qualquer tipo de encargos financeiros à instituição.

Com os melhores cumprimentos,



novembro de 2017

Contactos: eduardocortesao@hotmail.com / Tel.: 914420358

Pedido de autorização de colheita de dados

Ex^{ma}. Sr^a. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização para efetuar um estudo no Centro Hospitalar e Universitário (CHUA), no âmbito de uma dissertação de Mestrado.

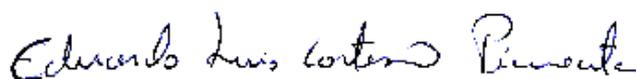
Eu, Eduardo Luís Cortesão Pimenta Mestrando em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e a realizar o II ensino clínico em Enfermagem De Reabilitação, Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA), no âmbito de uma dissertação de mestrado, sob orientação científica da Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis, venho por este meio solicitar a sua anuência para realizar dentro da mesma instituição um estudo subordinado ao tema:

“Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação”

O presente estudo tem como objetivo principal recuperar a expressão facial da pessoa em processo de recuperação após AVC, com parésia facial do tipo central, através da elaboração de um programa de reabilitação. Junto anexo pedido realizado à Comissão de Ética- Área de Saúde e Bem Estar da Universidade de Évora

Durante todas as fases do processo será mantida a confidencialidade dos dados recolhidos e que não implicará qualquer tipo de encargos financeiros à instituição.

Com os melhores cumprimentos,



novembro de 2017

Contatos: eduardocortesao@hotmail.com / Tel.: 914420358

Pedido de autorização de colheita de dados

Ex^{ma}. Sr^a. Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve,
E.P.E.

Enf^a Maria Filomena Rafael Martins

Assunto: Pedido de autorização para efetuar um estudo no Centro Hospitalar e Universitário (CHUA), no âmbito de uma dissertação de Mestrado.

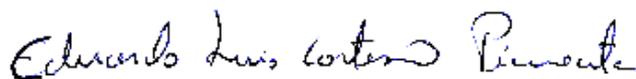
Eu, Eduardo Luís Cortesão Pimenta Mestrando em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e a realizar o II ensino clínico em Enfermagem De Reabilitação, Unidade de Acidente Vascular Cerebral do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA), no âmbito de uma dissertação de mestrado, sob orientação científica da Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis, venho por este meio solicitar a sua anuência para realizar dentro da mesma instituição um estudo subordinado ao tema:

“Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação”

O presente estudo tem como objetivo principal recuperar a expressão facial da pessoa em processo de recuperação após AVC, com parésia facial do tipo central, através da elaboração de um programa de reabilitação. Junto anexo pedido realizado à Comissão de Ética- Área de Saúde e Bem Estar da Universidade de Évora

Durante todas as fases do processo será mantida a confidencialidade dos dados recolhidos e que não implicará qualquer tipo de encargos financeiros à instituição.

Com os melhores cumprimentos,



novembro de 2017

Contatos: eduardocortesao@hotmail.com / Tel.: 914420358

APÊNDICE IV – Resumo, plano e cronograma

12. Resumo, Plano e Cronograma

A presente proposta de projeto de estágio surge na sequência do previsto no planeamento da Unidade Curricular referente ao Relatório, no âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem, Ramo de Enfermagem de Reabilitação, relativo ao Estágio II que decorre na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA).

APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Análise do envolvimento:

A UAVC do CHUA é uma unidade que se encontra vocacionada para estabilização do utente com sintomatologia de AVC e ministração de Fibrinólise. A chegada da pessoa com AVC em período janela traduz-se numa enorme oportunidade de intervenção para reversão de défices apresentados. A unidade apresenta lotação de 6 camas de utentes agudos (normalmente dispõe de uma cama vaga para admissão de utente com necessidade de realização de fibrinólise). Relativamente a recursos Humanos a equipa de Enfermagem é composta por 13 Enfermeiros Generalistas e dispõe de 1 Enfermeiro Generalista por turno. A UAVC Dispõe de equipa Pluridisciplinar composta por Enfermeiros Generalistas, Médico Especialista em Medicina Interna; Psicólogo, Dietista, Terapeuta da Fala; Terapeuta Ocupacional, Fisioterapia, Fisiatria e Cardiopneumologista, que avaliam todos os doentes presentes na unidade pela manhã. O CHUA dispõe de meios imagiológicos disponíveis para suplantarem as necessidades da UAVC.

Análise da produção de cuidados: A finalidade da UAVC é reduzir o número de internamentos em Hospitais de agudos, a incapacidade funcional e as complicações pós AVC e o número de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes ao seu ambiente familiar e tanto quanto possível ao seu local de trabalho. Segundo a OMS o AVC é um comprometimento neurológico focal (ou global) que sucede abruptamente com sintomas para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular, OMS (2006, p. 6).

Para SPAVC (2013), o AVC é a causa com maior relevância na morbidade e incapacidade crónica na Europa. As alterações decorrentes apresentam várias implicações na vida da pessoa, contudo depende da área cerebral afetada, gravidade da lesão e do estado de saúde. Segundo Pfeffer e Reding (1998) citado em DGS (2011), após o internamento, verifica-se que cerca de 80% de doentes com défices motores, sensoriais e cognitivos, beneficiavam com um programa de reabilitação, de forma a minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sociofamiliar. A parésia facial, é a consequência mais comuns após o AVC. Ocorre sobretudo, por alteração do mimica facial. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adequa a prestação de cuidados de forma a compensar as limitações da pessoa, mas tendo por base as capacidades de autocuidado da mesma, desenvolvendo as suas próprias habilidades e capacidades.

A pessoa com esta sequela poderá vir a apresentar inúmeras alterações na sua expressão facial, quer se encontre, em repouso ou em movimento, por alteração da simetria facial. A perda de expressão facial gera alteração da imagem da pessoa, perante outros e perante si mesma, alterações da autoestima, por não se expressar de forma a se sentir compreendida pelos outros, como gostaria de ser, alterações na alimentação, uma vez que pode ocorrer perda de saliva ou alimentos pela comissura labial do lado afetado, que se encontra flácido, pronuncia de palavras de forma incorreta, que é percebida pelas outras pessoas, uma vez que a expressividade emocional da face pode ser mal percebida ou interpretada. Por toda a implicância que a alteração da expressão facial tem na vida quotidiana da pessoa torna-se pertinente a sua avaliação de forma precoce e de forma mensurável. Fonseca, et al. (2015, p. 289) e Konecny et al, /2014, p.133).

A face é composta por elementos musculares, neste caso da parésia facial do tipo central ocorre apenas a afeção do movimento voluntário do terço inferior da face. Weber (2005, p. 5). Os elementos musculares envolvidos mobilizados de uma forma precoce maximizam a sua recuperação, pelo que se justifica um diagnóstico e uma intervenção precoce.

A mensuração neste relatório será realizada através da escala de Escala de House–Brackmann.

A Escala de House–Brackmann subdivide a parésia facial em 7 níveis, desde 1- sem parésia, até 7 onde ocorre a paralisia total. Através desta escala é também percebida a presença ou ausência de certos movimentos faciais. Fonseca, et al. (2015, p. 289 - 290).

Análise da população/utentes: A patologia a qual se destina a UAVC tem como patologia frequente para admissão a sintomatologia de AVC. A UAVC localizando-se na sede

de Distrito (Faro) é também recetora de todos os utentes provenientes do Baixo Alentejo. Uma vez que se encontra numa região de turística recebe utentes das mais distintas nacionalidades.

Para o presente estudo - a população serão todos os utentes admitidos na UAVC que tenham como consequência pós AVC parésia facial.

Os critérios definidos para inclusão na amostra serão: ter como diagnóstico de admissão AVC, tendo como sequela parésia facial do tipo central; NIHSS score <17, aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo.

Conteúdos e estratégias de intervenção profissional:

Ao longo do corrente estágio pretende-se elaborar de um plano de reabilitação tendo em conta o grau de parésia facial como forma de a recuperar.

A necessidade de intervenção deste projeto profissional justifica-se pela necessidade de intervenção, na educação/instrução da pessoa com sequela de parésia facial do tipo central após AVC, para facilitar a sua recuperação, no sentido de estimular a recuperação do movimento do terço inferior da face, provocadas pela Parésia facial.

A estimulação precoce visa a recuperação da expressão emocional o que facilitará posteriormente a capacidade relacional e comunicacional da pessoa afetada, diminuindo assim o risco de depressão e isolamento provocado pela impotência de se expressar corretamente.

- Após avaliação da pessoa através da escala de NIHSS, perceber se esta se inclui dentro da amostra selecionada, tendo também em conta os critérios de inclusão/exclusão;
- Avaliação da severidade parésia facial através da escala de House-Brackmann;
- Realizar plano de reeducação dos músculos faciais tendo em conta o grau de severidade;
- Executar e adequar o plano para a pessoa.
- Após a pessoa aceitar participar no estudo de forma livre e esclarecida realizar registo fotográfico no momento inicial e final do programa de reeducação dos músculos da face ou até ser transferida para outro serviço (após 3 a 4 dias).

OBJETIVOS

- Estabelecer um plano de intervenção de ER para reabilitação da parésia facial
 - Recuperar a expressão facial pessoa em processo de recuperação após AVC, com parésia facial do tipo central, através da elaboração de um programa de Reabilitação

Os resultados esperados:

Espera-se que a pessoa após ter sofrido AVC e que apresente parésia facial do tipo central recupere alguma da sua expressão facial, ou que pelo menos se sinta incentivada a continuar a realizar de forma autónoma os exercícios de recuperação facial.

TIPO DE ESTUDO:

Devido à problemática identificada a investigação do presente relatório será qualitativa uma vez que se preconiza a realização de investigação-ação como forma de aprimorar a prática, através dos meios mais adequados e introduzir/ incentivar a mudanças.

CRONOGRAMA:

Duração	setembro de 2017	1-5 de outubro de 2017	6 de outubro a 16 de novembro 2017	17 de novembro 2017 a fevereiro de 2018
Integração na Unidade de AVC e Pesquisa bibliográfica				
Identificação da problemática e Planificação do plano de intervenção				
Implementação do plano de intervenção				
Análises dos dados recolhidos e tratados				
Avaliação do plano de intervenção				
Elaboração do Relatório Final				

Bibliografia:

- DGS (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação, 1-19. (D. G. Saúde, Ed.) Lisboa: Direção Geral de Saúde. PORTUGAL. Norma 054/2011 de 27/12/2011. Acedido em 8 de outubro 2017 disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Fonseca KM, Mourão AM, Motta AR, Vicente LC. Scales of degree of facial paralysis: analysis of agreement. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81:288-93. Acedido a 19 de outubro de 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.04.005>

- Konecny, P., Elfmark, M., Horak, S., Pastucha, D., Krobot, A., Urbanek, K. & Kanovsky, P. (2014). Central facial paresis and its impact in mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. Biomed Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc Czech Republic, 158(1), 133-137. DOI: 10.5507/bp.2013.014
- O.M.S (2006). STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Acesso a 7 de outubro de 2017. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- SPAVC. (2013). Recomendações para o tratamento do AVC Isquémico 2008. Acedido em 27 de agosto de 2017 disponível em: Sociedade Portuguesa do acidente Vascular Cerebral
website: <http://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/ESO/Recomendacoes%20para%20o%20tratamento%20do%20AVC%20isquemico%202008.pdf>
- Weber, Raimar (2005) – PARILISIA FACIAL PERIFÉRICA - Seminário de ORL. Acedido a 19 de outubro de 2017. Disponível em http://www.otorrinosp.org.br/imageBank/seminarios/seminario_39.pdf

APÊNDICE V – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação.

Caro utente, eu, Eduardo Luís Cortesão Pimenta, Enfermeiro e Mestrando em Enfermagem de Reabilitação pelo Mestrado de Associação de Escolas de Enfermagem da Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto Politécnico de Castelo Branco, pretendo no âmbito do plano curricular do curso, realizar um relatório de estágio decorrente do estágio realizado na Unidade de Acidente Vascular Cerebral no Centro Hospital e Universitário de Faro , sob orientação da Doutora Maria Gorete Reis.

O objetivo principal é a elaboração de um programa de reabilitação de forma a recuperar a expressão facial pessoa em processo de recuperação após AVC.

Pretendo documentar através de fotografia pré e pós intervenção a manutenção ou as diferenças observadas, na sua expressão facial.

Os registos fotográficos obtidos através deste estudo, serão totalmente confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, pelo que não será possível identificar nenhum dos intervenientes, de forma a garantir anonimato. Será possível em qualquer altura, os participantes consultarem as suas fotografias, ou desistir da sua participação no estudo sem que daí resulte qualquer dano para si e sem por em causa os cuidados de saúde.

Se achar que alguma informação não está correta, ou clara, não hesite em solicitar mais informações.

O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde.

Muito obrigado pela atenção dispensada.

Eduardo Luís Cortesão Pimenta

Enfermeiro e Mestrando em Enfermagem de Reabilitação

Contacto: eduardocortesao@hotmail.com

Data: ___/___/_____

Assinatura do Investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas.

Declaro ainda que fui informado/a dos principais objetivos do estudo, o qual se destina o trabalho e relatório de estágio de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.

Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo, em qualquer altura sem que daí resultem consequências.

Aceito participar neste estudo tendo em conta nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço.

Data: ___/___/_____

Assinatura do Participante: _____

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade).

Grau de relação com o participante e tipo de representação: _____

Data: ___/___/_____

Assinatura do Representante: _____

(O documento é composto por duas páginas e será preenchido em duplicado, sendo um exemplar para o investigador e outro para o participante)

APÊNDICE VI – Proposta de Projeto de Tese/Dissertação/Estagio/Trabalho de Projeto



Serviços Académicos

Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado

**PROPOSTA DE PROJETO DE
TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO**

MODELO

T-005

Ano Letivo:

2017 / 2018

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

Aprovado Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Eduardo Luis Cortesão Pimenta Número: 36927

Curso: Mestrado em Enfermagem

Especialidade: Enfermagem de Reabilitação

Ciclo de Estudos: 3.º Ciclo 2.º Ciclo Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 914420358 E-mail: eduardocortesao@hotmail.com

5. PROPOSTA

Entrega de 1.º Projeto Entrega de Projeto Reformulado Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

Proposta de Alteração de Projeto

Nota caso, exista no quadro deste formulário em que propõe alterações (só deve preencher os respetivos quadros)

6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

"Recuperar a expressão facial após parésia facial central - Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação."

Título em Inglês:

"Recovering facial expression after central facial paresis - Implications in Rehabilitation Nursing practice."

Cortesão de Pimenta, E. (2017)

Cortesão de Pimenta, E. (2017)

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com exploração escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos de investigação realizada com memória justificativa e descritiva. <small>NÃO PERTENCENDO AO PROGRAMA DOUTORADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Portuguesa <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____	
9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)		
Nome: <u>Maria Gorete Mendonça do Reis</u> Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> N.º Identificação Civil: <u>4991452</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: <u>965491024</u> E-mail: <u>greis@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-1001-4142</u>		
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____		
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____		
10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO		
Área Disciplinar (Área POS) (ver Anexo 1): <u>Ciências da Saúde</u> Palavras-chave (5 palavras): <u>Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação; Parésia Facial Central</u>		
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA		
O Acidente vascular Cerebral (AVC) é a causa com maior relevância na morbilidade e incapacidade crónica na Europa, sendo a parésia facial a consequência mais comum, uma vez que inicialmente, se procura maximizar a funcionalidade da pessoa para realização das suas atividades de vida diária. Ocorre por alteração do tônus facial. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação adequa a prestação de cuidados de forma a compensar as limitações da pessoa, mas tendo por base as capacidades e		
12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA		
<i>Em anexo.</i>		
13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
14. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para etapas de 3.º Ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____	15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 5 deste impresso) de qual, após aprovação pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso exista alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da TDE/TFP. Data _____ Assinatura _____	
16. RESERVADO AOS SERVIÇOS		
Receção (Data e Assinatura)	Registo (Data e Assinatura)	Observações:

APÊNDICE VII – Instrumento de colheita, de dados de variáveis para caracterização dos participantes

APÊNDICE VIII – Plano de Cuidados DPOC

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – de acordo com o padrão referencial de documentação para os cuidados dos EEER (OE, 2014, pp. 1- 57) e Menoita & Cordeiro (2012, pp. 61-111).

	Critério de diagnóstico	Enunciado de Diagnóstico	Resultados Esperados
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a ventilação; • Avaliar a respiração; • Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório; • Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco potencial de Ventilação comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o conhecimento de exercício de reeducação costal global (com bastão); • Melhorar o conhecimento de posições que permitam a diminuição da sensação de dispneia (deitado) • Realização autónoma de respiração abdomnio-diafragmática; • Prolongar tempo expiratório; • Ligeiro fortalecimento dos músculos respiratórios. • Diminuição do cansaço; • Aumento da tolerância ao esforço; • Diminuição o trabalho respiratório;
Enunciados de ação de diagnóstico de	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta do processo clínico do doente, resultados da gasometria e exames auxiliares de diagnóstico (Radiografia torácica); • Monitorização de sinais vitais (Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação periférica de Oxigénio) antes e no final do treino de RFR; 		

Intervenções de EEER	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação do padrão respiratório (amplitude ritmo e frequência) e de sinais de dificuldade respiratória (cianose, tiragem, adejo nasal);• Executar auscultação pulmonar, na posição de deitado/sentado de acordo com a tolerância ao doente;• Executar técnica de posicionamento:• Posição de descanso e relaxamento, de acordo com a tolerância do doente.• Treinar controlo e consciencialização dos tempos respiratórios;• Executar Técnicas respiratórias:• Reeducação Abdomino diafragmática anterior e posterior;• Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda;• Reeducação costal inferior direita e esquerda.• Vigiar respiração;• Vigiar ventilação;• Monitorizar cansaço durante a realização dos exercícios através da escala de Borg modificada³⁵;
-----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Execução de registos das intervenções realizadas.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • O Utente. realizada dissociação dos tempos respiratórios e respiração abdomino-diafragmática de forma autónoma; • Realiza autonomamente técnica de abertura global com bastão e com resistência, quando solicitado; • O utente compreendeu e demonstra quais as posições que permitem a diminuição da sensação de dispneia; • O Utente apresenta alguma dificuldade em prolongar o tempo expiratório; • Durante a realização inicial dos exercícios utente refere sensação de dispneia de 5 na escala de Borga modificada, contudo ao longo do tempo e dos treinos implementados refere sensação de nível 4;

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Fonte: Martinez, J. A. B; Pádua, A.I. & Filho, J. T. Dispneia. In. *Medicina – Simpósio: Semiologia*. Ribeirão Preto. 37. julho-dezembro 2004. 203. Acedido a 10 de maio de 2017. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/497/496>

	Critério de diagnóstico	Enunciado de Diagnóstico	Resultados esperados
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de Tosse 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza das vias aéreas eficaz– necessitando de incentivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoadministração de forma correta de inaloterapia; • Realização autónoma de respiração abomino diafragmática com consciencialização dos tempos respiratórios; • Aprendizagem da realização do Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias; • Realização da técnica de tosse dirigida/ assistida de forma eficaz; • Cumprimento do plano de ingestão hídrica.
Enunciados de ação de diagnóstico de Intervencções de EEER	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta do processo clínico do doente, resultados da gasometria, e exames auxiliares de diagnóstico (Radiografia torácica); • Monitorização de sinais vitais (Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação periférica de Oxigénio) antes e no final do treino de RFR; • Avaliação do padrão respiratório (amplitude ritmo e frequência) e de sinais de dificuldade respiratória (cianose, tiragem, adejo nasal); • Executar técnica de posicionamento: • Posição de descanso e relaxamento; • Treinar controlo e consciencialização dos tempos respiratórios; • Executar terapêutica inalatória através de inalador; • Realização de auscultação pulmonar na posição de sentado; • Incentivo ao controlo e consciencialização dos tempos respiratórios; • Execução de Cinesiterapia respiratória: <ul style="list-style-type: none"> • Abertura costal seletiva à direita e esquerda; • Abertura costal global (com bastão); • Técnica de drenagem postural clássica; 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de precursão torácica; • Técnica de vibração torácica • Técnica de compressão torácica; • Técnica de Vibrocompressão torácica. • Assistir o tossir; • Incentivar a tossir; • Incentivar a expetorar; • Vigiar expetoração; • Supervisionar ventilação; <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a realização do Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (respiração abdomino-diafragmática; abertura costal global com bastão e Tosse) • Avaliar as características e eficácia da tosse; • Planear e incentivar a ingestão hídrica; • Monitorizar cansaço durante a realização dos exercícios através da escala de Borg modificada; • Execução de registos das intervenções realizadas.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoadministra a inaloterapia (Salbutamol e Brometo de Ipatrópio) de forma correta. ✓ Executa o autocontrolo do padrão respiratório de forma autónoma; ✓ Apresenta reflexo de tosse eficaz; ✓ Demonstra compreender a necessidade da execução das técnicas realizadas; ✓ Realizado plano com utente para execução autónoma de Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias que cumpre, autonomamente; ✓ No período de internamento não cumpre de forma eficaz o plano de ingestão hídrico;

✓ Utente apresenta eliminação de secreções autonomamente, contudo através das intervenções esta eliminação é potenciada;

APÊNDICE IX – Plano de cuidados pessoa 2

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – de acordo com a teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e padrão referencial de documentação para os cuidados dos EEER (OE, 2014)

	Critério de diagnóstico	Enunciado de Diagnóstico	de Enunciados de ação de diagnóstico de Intervenções de EEER
Dia 1	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar capacidade para comunicar 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação comprometida; (Disartria); Potencial para melhorar comunicação comprometida. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar capacidade da pessoa para comunicar; Incentivar a pessoa a comunicar; Executar técnica de treino de discurso através: <ul style="list-style-type: none"> Nomeação de objetos apresentados (exemplo: através de bateria de imagens); Atribuição de função aos objetos (linguagem verbal); Avaliação da leitura de nome dos objetos e atribuição do nome ao objeto; Nomeação de imagens de objetos domésticos, animais, cores; Avaliação de funções de cálculo (verbalizar ordem decrescente de 10 para zero e de 20 para 10); Nomeação do N° 33 e trava-línguas; Leitura de jornal em voz alta; Providenciar material educativo.

Avaliação Dia 3	<ul style="list-style-type: none"> • Utente nomeia as cores apresentadas, todos os objetos apresentados, ao vivo e através de imagens e atribui-lhes a sua devida função. • A Capacidade de cálculo encontra-se mantida; • Nomeia o nº 33 e as diferentes trava-línguas que lhe foram solicitados que repeti-se; • Após 3 dias a sua disartria já se encontra melhorada. • Utente é analfabeto. Apesar de o utente não apresentar capacidade para ler foi estimulado para repetir diferentes frases de forma a ir de encontro ao objetivo principal (melhorar a disartria). 		
	Critério de diagnóstico	Enunciado de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico de Intervenções de EEER
Dia 1	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular (segundo escala de Lower); • Avaliar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular; • Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimento muscular no Hemicorpo esquerdo diminuído (Apresenta diminuição da força muscular no Membro Superior e Inferior) de acordo com escala de Lower; • Potencial para melhorar conhecimento sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a dor e esforço antes, durante e após a intervenção; • Posicionar utente em semi-fowler; • Abordar doente pelo lado esquerdo; • Realizar alongamento muscular (relaxar músculo); • Executar técnica de exercício muscular e articular ao doente, na cama; • Incentivar a observação da mobilização realizada; • Incentivar automobilizações; • Executar técnica de exercício muscular ou articular; <ul style="list-style-type: none"> • Realizar movimento articular ativo-assistido nos segmentos corporais com força grau 2 <ul style="list-style-type: none"> • Coxo-femural – rotação interna e externa.

		<p>técnicas de movimento muscular e articular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar movimento articular passivo nos segmentos corporais com grau 3: <ul style="list-style-type: none"> • Dedos do MSE - flexão/extensão • Coxo-femural – adução e abdução. • Realizar movimento articular ativo-resistido nos segmentos com força de grau 4/5 <ul style="list-style-type: none"> • Cabeça - flexão/lateralização, rotação para a direita/esquerdada, flexão lateral para a direita/esquerda e extensão/hiperextensão; • Ombro - adução/flexão, flexão do ombro com rotação da omoplata, rotação interna/rotação externa, extensão e hiperextensão; • Cotovelo - flexão/ extensão, supinação/pronação do antebraço; • Punho - flexão/extensão/hiperextensão, desvio radial e cubital • Dedos - flexão/extensão adução e abdução s e oponência do polegar); • Coxo-femural - flexão/extensão
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Joelho – flexão/ extensão • Tibio-társica – flexão/extensão e eversão/ inversão • Pé – flexão/hiperextensão • Respeitar amplitude de movimento; • Realizar exercícios terapêuticos (ponte, rolamento, oscilações pélvicas, carga no cotovelo); • Incentivar e realizar levante para cadeirão; • Instruir para deambular com apoio de andarilho; • Promover repouso.
Avaliação Dia 3	<ul style="list-style-type: none"> • O Utente rapidamente percebeu a necessidade da realização do plano de treino, contudo não foi observada a sua realização de forma autónoma, apenas quando abordado; • Colaborou na realização dos exercícios ativos resistidos. 		
Dia 2	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio corporal comprometido – apresenta dismetria na prova dedo-nariz e calcanhar joelho; equilíbrio ortostático estático e dinâmico diminuído; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a manter equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Correção postural através de espelho quadriculado e aberturas costais globais com bastão; • Executar técnica de treino de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> • Alternância de carga nos Membros inferiores; • Promover facilitação cruzada. • Avaliar capacidade e conhecimento para executar técnica de equilíbrio corporal;

		<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; • Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir, treinar e executar técnica de equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Correção postural; • Equilíbrio ortostático estático e dinâmico; • Realização de oscilações pélvicas no leito.
Avaliação Dia 3	<ul style="list-style-type: none"> • Utente apresenta dismetria na prova dedo-nariz e foi aplicada a técnica de facilitação cruzada no leito. • Uma vez que existia conhecimento prévio de alteração de equilíbrio corporal e que se confirmou após avaliação inicial de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e em pé, durante treino de mobilização foram realizadas oscilações pélvicas com vista a promover adaptação do equilíbrio corporal. • Foi realizado treino com aberturas costais globais com bastão, em frente a espelho quadriculado na posição de sentado, de forma a promover a melhoria do equilíbrio corporal. • Na realização do treino de equilíbrio corporal na posição de pé, foi adotado a utilização de espelho quadriculado para auto visualização e adequada correção postural e andarilho como forma de facilitar o treino de alternância de carga nos membros inferiores. A segurança do utente não foi descurada, uma vez que existiu sempre apoio de um profissional. 		
Dia 2	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação 	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar;

	para andar com auxiliar de marcha	<p>conhecimento sobre técnica de adaptação para andar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre técnica de adaptação para andar com auxiliar de marcha; • Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; • Instruir sobre técnica de adaptação para andar com auxiliar de marcha; • Treinar técnica de adaptação para andar com auxiliar de marcha.
Avaliação Dia 3	<ul style="list-style-type: none"> • O utente nunca andou com apoio de auxiliar de marcha (andarilho), pelo que foi realizada a sua instrução com técnica adequada (uma vez que apresenta hemiparésia esquerda deveria mover andarilho, membro afetado e posteriormente membro são). Uma vez que apresenta dismetria na prova dedo-nariz e hemianopsia esquerda, a sua linha média corporal encontra-se alterada, pelo que existiu necessidade de correção, com uma mão do profissional, do andarilho de forma a que este se dirigisse para a linha média correta e correção do membro inferior esquerdo com o pé do profissional, por este se deslocar para fora da real linha média. • Utente apresentou dificuldade na coordenação de todos os movimentos. Demonstrou-se agradecido pelos poucos passos que deu, uma vez que via este processo como autonomização 		
Dia 1	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar défice sensorial de visão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta défice sensorial por perda completa de visão no olho esquerdo - hemianopsia esquerda 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial; • Instruir sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial; • Treinar estratégias adaptativas ao défice sensorial.

		<ul style="list-style-type: none"> • Potencia para melhorar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular percepção sensorial através do jogo 4 em linha, labirinto com peças para mover, auto visualização ao espelho, aberturas costais globais com bastão em frente a espelho quadriculado • Avaliar conhecimento da prestadora de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações do défice sensorial; • Ensinar prestadora de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações pelo défice sensorial; • Instruir prestadora de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações pelo défice sensorial.
<p>Avaliação Dia 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utente apresenta hemianopsia esquerda, pelo que foram realizados diferentes treinos com vista estimulação do vasculhamento do campo esquerdo. Colocada linha a meio da superfície de trabalho e instruído que no lado esquerdo existia outra metade de superfície de trabalho. Colocado labirinto de madeira a meio da superfície de trabalho (em cima da linha) com peças para movimentar do lado esquerdo para o lado direito com o membro esquerdo. Colocado Jogo 4 em linha com a meio da superfície de trabalho e as peças todas do lado esquerdo. Instruído que coloca-se uma peça de cada vez em cores alternadas. Uma vez que pela força de grau 3 nos dedos do MSE apresenta diminuição da sensibilidade táctil fina as peças são do tamanho de moedas de 2 €. Realizado treino com aberturas costais globais com bastão em frente a espelho quadriculado na posição de sentado, não só para estimular o MSE, adaptação ao equilíbrio, mas também para executar o vasculhamento do campo visual esquerdo, de forma a coordenar todos os movimentos. • Demonstrou-se agradado com os diferentes métodos, contudo ainda não sistematizou a necessidade de vasculhar o campo visual esquerdo, com a rotação da cabeça para o lado esquerdo; 		

	<ul style="list-style-type: none"> Alertado para a necessidade de executar o vasculhamento com rotação da cabeça para o lado esquerdo devido aos inúmeros perigos que agora se encontram “escondidos” no interior e exterior da sua habitação e para os quais ainda não está desperto; A prestadora de cuidados desconhecia a necessidade da técnica de vasculhamento, pelo que foi instruída e alertada para os diferentes perigos quer no interior de casa quer no exterior. 		
Dia 2	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar Sensibilidade: <ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade táctil grossa; Sensibilidade táctil fina; Sensibilidade postural. 	<ul style="list-style-type: none"> Défice sensorial melhorado 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar capacidade da pessoa para expressar sensibilidade sentida; Executar estimulação sensitiva; Estimular perceção sensorial (providenciada caixa com areão e objetos no seu interior, com o objetivo de os identificar sem os visualizar); Estimular perceção sensorial através do jogo 4 em linha e labirinto com peças para mover Avaliar sensibilidade.
Avaliação Dia 3	<ul style="list-style-type: none"> Utente apresenta diminuição da sensibilidade táctil fina; Reconhece sensação algica, térmica. Apresenta sensibilidade táctil grossa, localiza no seu corpo os vários segmentos e locais pressionados; Reconhece os objetos que se encontravam no interior de uma caixa com areão, contudo demorou algum tempo para os identificar. 		

APÊNDICE X – Plano de cuidados pessoa 3

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – de acordo com a teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem e padrão referencial de documentação para os cuidados dos EEER (OE, 2014)

Data	Critério de diagnóstico	Enunciado Diagnóstico	de Enunciados de ação de diagnóstico de Intervenções de EEER
Dia 1	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para comunicar (Disartria) 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação comprometida; (Disartria); • Potencial para melhorar comunicação comprometida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade da pessoa para comunicar; • Incentivar a pessoa a comunicar; • Executar técnica de treino de discurso através: <ul style="list-style-type: none"> • Nomeação de objetos apresentados (ex: pente, copo, tesoura); • Atribuição de função aos objetos (linguagem verbal ou gestos); • Avaliação da leitura de nome dos objetos e atribuição do nome ao objeto; • Nomeação de imagens de objetos domésticos, animais, cores; • Avaliação de funções de cálculo (verbalizar ordem decrescente de 10 para zero e de 20 para 10); • Nomeação do N° 33 e pantominas • Providenciar material educativo.

<p>Avaliação Dia 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No primeiro dia o utente tem dificuldade em expressar o nome e função dos 3 objetos apresentados; • Reconhece as cores reconhece o que lê, mas nem sempre se compreende o que tentar expressar; • No terceiro dia, consegue expressar de forma perceptível o nome e função de todos os objetos, cores. • A Capacidade de cálculo encontra-se mantida e expressas os diferentes números; • Nomeia o nº 33 e as diferentes trava-línguas que lhe foram solicitados que repeti-se; • Após 3 dias a sua disartria já se encontra melhorada. 		
	<p>Critério de diagnóstico</p>	<p>Enunciado de Diagnóstico</p>	<p>Enunciados de ação de diagnóstico de Intervenções de EEER</p>
<p>Dia 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular (segundo escala de Lower); • Avaliar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular; • Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimento muscular no hemicorpo direito diminuído (Apresenta diminuição da força muscular no Membro Superior e Inferior) de acordo com escala de Lower; • Potencial para melhorar conhecimento sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a dor e esforço antes, durante e após a intervenção; • Posicionar utente em semi-fowler; • Abordar doente pelo lado direito; • Realizar alongamento muscular (relaxar músculo); • Executar técnica de exercício muscular e articular ao doente, na cama; • Incentivar a observação da mobilização realizada; • Incentivar automobilizações; • Executar técnica de exercício muscular ou articular;

		<p>técnicas de movimento muscular e articular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar movimento articular passivo nos segmentos corporais com grau 2: <ul style="list-style-type: none"> • Cotovelo - flexão/ extensão, supinação/pronação do antebraço); • Punho - flexão/extensão/hiperextensão, desvio radial e cubital; • Dedos do membro superior- flexão/extensão adução e abdução e oposição do polegar); • Coxo-femural – flexão/ extensão. • Realizar movimento articular ativo-resistido nos segmentos com força de grau 4/5 <ul style="list-style-type: none"> • Cabeça - flexão/lateralização, rotação para a direita/esquerda, flexão lateral para a direita/esquerda e extensão/hiperextensão; • Ombro - adução/flexão, flexão do ombro com rotação da omoplata, rotação interna/rotação externa, extensão e hiperextensão; • Coxo-femural - adução e abdução, rotação interna e externa. • Joelho – flexão/ extensão
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Tibiotársica – flexão/extensão e eversão/ inversão • Pé – flexão/hiperextensão • Respeitar amplitude de movimento; • Realizar exercícios terapêuticos (ponte, rolamento, oscilações pélvicas, carga no cotovelo); • Incentivar e realizar levante para cadeirão; • Instruir para deambular com apoio de andarilho; • Promover repouso.
Avaliação Dia 3	<ul style="list-style-type: none"> • O Utente rapidamente percebeu a necessidade da realização do plano de treino, foi observada a sua realização de forma autónoma, apenas quando abordado; • Colaborou na realização dos exercícios ativos resistidos. • Neste período não foi notório aumento de força nos diferentes segmentos corporais. 		
	Critério de diagnóstico	Enunciado de Diagnóstico	Enunciados de ação de diagnóstico de Intervenções de EEER
Dia 1	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar equilíbrio corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio corporal comprometido – equilíbrio ortostático estático e dinâmico diminuído; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a manter equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Correção postural através de espelho quadriculado e aberturas costais globais com bastão; • Executar técnica de treino de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> • Alternância de carga nos Membros inferiores; • Promover facilitação cruzada.

		<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; • Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade e conhecimento para executar técnica de equilíbrio corporal; • Instruir, treinar e executar técnica de equilíbrio corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Correção postural; • Equilíbrio ortostático estático e dinâmico; • Realização de oscilações pélvicas no leito.
<p>Avaliação Dia 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foi aplicada a técnica de facilitação cruzada no leito. • Uma vez que existia conhecimento prévio de alteração de equilíbrio corporal e que se confirmou após avaliação inicial de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e em pé, durante treino de mobilização foram realizadas oscilações pélvicas com vista a promover adaptação do equilíbrio corporal. • Foi realizado treino com aberturas costais globais com bastão, em frente a espelho quadriculado na posição de sentado, de forma a promover a melhoria do equilíbrio corporal. • Na realização do treino de equilíbrio corporal na posição de pé foi adotado a utilização de espelho quadriculado para auto visualização e adequada correção postural e andarilho como forma de facilitar o treino de alternância de carga nos membros inferiores. A segurança do utente não foi descurada, uma vez que existiu sempre apoio de um profissional. 		

APÊNDICE XI –Projeto de Intervenção - Prova de 6 Minutos de Marcha.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Doentes Insuficientes Respiratórios- Hospital Pulido Valente

Estudo de Caso - Prova de 6 Minutos de Marcha

Docente Orientador:

Professora Doutora Eugénia Grilo

Enfermeiro Orientador:

Enfº Especialista em Enfermagem de Reabilitação Carlos Nogueira

Discente:

Eduardo Pimenta

Lisboa, maio de 2017

CLXXX

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



ES
ES
Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Doentes Insuficientes Respiratórios- Hospital Pulido Valente

Estudo de caso prova de 6 minutos de marcha

Docente Orientador:

Professora Doutora Eugénia Grilo

Enfermeiro Orientador:

Enf^o Especialista em Enfermagem de Reabilitação Carlos Nogueira

Discente:

Eduardo Pimenta

Lisboa, maio de 2017

CLXXXI

“A sabedoria é poder de usar corretamente o nosso tempo e conhecimento “
(Thomas Watson).

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

AVD – Atividades de Vida Diárias

Bat./min – batimento por minuto

Cm/H₂O – centímetros de água

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva crónica

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

EPAP - Expiratory Positive Airway Pressure

HTP – Hipertensão pulmonar

IPAP - Inspiratory Positive Airway Pressure

L/min – Litros por Minuto

O.n. – Óculos nasais

O₂ - Oxigénio

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

SpO₂ – saturação periférica de Oxigénio

Rx-Tx – Radiografia Torácica

- fratura

ÍNDICE.....	Pág.
1 - INTRODUÇÃO.....	5
2 - METODOLOGIA.....	7
2.1- APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....	7
2.2- EXERCÍCIOS REALIZADOS.....	8
3 - QUADRO RESUMO DOS MÉTODOS UTILIZADOS E	9
RESULTADOS OBTIDOS	9
4- DISCUSSÃO.....	11
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
APÊNDICE.....	14
Apêndice I – Poster – Quadro Resumo.....	15

1 - INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso decorre durante a realização do 1º ensino clínico, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação do 1º Mestrado em Associação, na Unidade de Doentes Insuficientes Respiratórios do Hospital Pulido Valente.

Segundo a revisão da American Thoracic Society/European Respiratory Society [ERS/ATS], (2013) a reabilitação é baseada numa avaliação cuidada do doente, inclui programas de treino e de educação, concebido para melhorar a condição física e emocional dos doentes respiratórios e para promover a aderência a longo prazo de comportamentos promotores de saúde.

A mesma fonte refere ainda que Reabilitação Respiratória é uma intervenção multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida aos doentes com patologia respiratória crónica sintomáticos e com limitação nas Atividades de vida diária (AVD).

Menoita & Cordeiro com base em Costa & Azevedo (19993, 1999) referem que:

“ de uma forma geral a RFR tem os seguintes objetivos: mobilizar e eliminar as secreções brônquicas; melhorar a ventilação; promover a re-expansão pulmonar; melhorar a oxigenação e as trocas gasosas; diminuir o trabalho respiratório; diminuir o consumo de Oxigénio; aumentar a mobilidade torácica, aumentar a força muscular respiratória; aumentar a *endurance*; reeducar a musculatura respiratória; promover a independência respiratória funcional, prevenir complicações; e acelerar a recuperação da pessoa” (2012, p. 61).

Através destes princípios foi desenvolvida a atividade do ensino clínico.

Como forma de monitorizar a evolução dos doentes selecionados para o estudo de caso, foi a aplicação da Prova de 6 minutos de marcha. De acordo com as recomendações da ATS “Este teste tem sido aplicado em três âmbitos:

- Comparação de Resultados após Tratamento, como na cirurgia pulmonar reabilitação pulmonar, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca.
- Avaliação simples da Capacidade Funcional, como na DPOC, fibrose quística e insuficiência cardíaca.

– Predição de Mortalidade e Morbilidade, como na DPOC e insuficiência cardíaca” (2002).

O Objetivo deste documento é dar a conhecer a evolução de 2 doentes Insuficientes Respiratórios, submetidos a Reeducação Funcional Respiratória, através da sua evolução na Prova de Marcha de 6 minutos.

O presente documento terá como estrutura: Introdução; Metodologia; Resultados, discussão e considerações finais.

A linguagem do presente plano de cuidados será CIPE.

Este trabalho será realizado de acordo com as normas da APA – 6ª edição.

2 – METODOLOGIA

A seleção dos dois utentes foi realizada de modo aleatório, tendo apenas por base o seu internamento no serviço, a sua idade, patologia e a sua disponibilidade para colaboração.

2.1 - APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Caso I – Uteute do sexo feminino de 75 anos de idade, apresenta como comorbilidades:

Bronquiectasias
Hipertensão pulmonar (HTP);
Osteoporose
Síndrome depressivo
Síndrome depressivo
Doença de Chron

Motivo de internamento: Pneumonia intersticial.

Observação do Rx-Tx: lesões cicatriciais difusas de predomínio nos lobos inferiores; bronquiectasias evidentes nos lobos médios e zonas opacas.

Caso II- Uteute de sexo masculino de 73 anos de idade, apresenta como comorbilidades:

Ex-fumador: desde dezembro 2016
DPOC - Gold 4 FEV ₁ de 20%
Insuficiência respiratória Parcial (no momento da admissão sem OLD)
da Anca esquerda: aos 5 anos com limitação funcional
HTA
Hipoacusia

Necessita ainda de Aporte de O₂ – 1l/min em repouso e 3l/min em esforço. Realiza ainda Ventilação não invasiva (VNI) – com os parâmetros: IPAP – 22 cm/H₂O; EPAP – 8 cm/H₂O e Fr- 16 ciclos/minuto.

Motivo de internamento: Pneumonia Adquirida na comunidade. Observação do Rx-Tx: apresenta inflamação alveolar difusa com características de enfisema e zonas opacas sugestivas de retenção de ar com predomínio nos lóbos mediais.

2.2 – EXERCÍCIOS REALIZADOS:

Os exercícios apresentados foram realizados tendo sempre em conta a capacidade funcional do utente, a gestão do seu cansaço na sua realização, a sua capacidade de colaboração e assimilação dos mesmo tendo como principal finalidade a sua continuação no domicílio. Desta forma foram também realizados ensinamentos na presença de familiares. No Caso II como necessita de aporte de Oxigénio foi gerido consoante as suas necessidades, pelo que no primeiro dia de treino foi reduzido o aporte de oxigénio em esforço de 4 para 3 l/min por O.n.

Exercícios realizados:

- Posições de descanso e relaxamento
- Consciencialização dos tempos respiratórios, com respiração abdomino-diafragmática
- Reeducação diafragmática anterior, posterior, hemicúpulas direita e esquerda sem resistência e posteriormente com resistência;
- Execução de exercício de reeducação costal seletiva;
- Execução de exercício de reeducação costal global (com bastão inicialmente sem carga e posteriormente com resistência);
- Tosse dirigida e assistida;
- Execução de treino aeróbio com pedaleira com membros superiores e inferiores (apenas no caso I);
- Execução da prova de 6 minutos de marcha com gestão de oxigénioterapia.

3 - QUADRO RESUMO DOS MÉTODOS UTILIZADOS E RESULTADOS OBTIDOS:

Caso I		Caso II	
Sexo: Feminino Idade: 75 anos Comorbilidades: Bronquiectasias; HTP; Osteoporose; Síndrome depressivo, Doença de Chron.		Sexo: Masculino Idade: 73 anos Comorbilidades: DPOC, Enfisema pulmonar, HTA, # anca esquerda em criança com limitação sequelar.	
Plano de treino	Repetições	Plano de treino	Repetições
<ul style="list-style-type: none"> • Posições de descanso e relaxamento • Consciencialização dos tempos respiratórios, com respiração abdomino-diafragmática • Reeducação diafragmática anterior, posterior, hemicúpulas direita e esquerda sem resistência e posteriormente com resistência; • Execução de exercício de reeducação costal seletiva • Execução de exercício de reeducação costal global (com bastão inicialmente sem carga e posteriormente com resistência) • Tosse dirigida; • Execução de treino aeróbio com pedaleira com membros superiores e inferiores; 	<p>12 ciclos</p> <p>12 ciclos cada</p> <p>12 ciclos</p> <p>2x 0,5 kg 10x 1x 1,350 kg 10x</p> <p>5 minuto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posições de descanso e relaxamento • Consciencialização dos tempos respiratórios, com respiração abdomino-diafragmática • Reeducação diafragmática anterior, posterior, hemicúpulas direita e esquerda sem resistência e posteriormente com resistência; • Execução de exercício de reeducação costal seletiva • Execução de exercício de reeducação costal global (com bastão inicialmente sem carga e posteriormente com resistência) • Tosse dirigida e assistida com faixa • Execução de treino aeróbio com pedaleira com membros superiores com resistência 	<p>12 ciclos</p> <p>12 ciclos cada</p> <p>12 ciclos</p> <p>2x 0,5 kg 12x 1x 1,350 kg 12x</p> <p>5 minutos 10 minutos</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Treino de subir e descer degraus; • Execução da prova de 6 minutos de marcha com gestão de oxigénioterapia; 	<p>10 minutos 12 minutos 20 x (em dias não consecutivos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Execução da prova de 6 minutos de marcha com gestão de oxigénioterapia; 	<p>12 minutos (em dias não consecutivos)</p>
--	---	---	--

Resultados das provas de marcha:

Dia:	Distância	Sat.	Fc.	Borg	Dia:	Distância	Sat.	Fc	Borg
1	125 m	89-91%	80-100 Bat./min	4	1	67m	85-92%	100-121 Bat./min	2
2	125 m	89-94%	80-110 Bat./min	4	2	68m	76-89%	100-121 Bat./min	3
3	135 m	89-92%	80-109 Bat./min	3	3	77m	85-91%	87 - 90 Bat./min	2

4- DISCUSSÃO:

Apesar deste estudo de caso não ter o rigor científico de um trabalho de investigação, o seu principal objetivo é sedimentar conhecimentos e poder demonstrar os benefícios do trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Em ambos os casos foi percecionado o grau de dispneia sentido pelo utente através da escala de Borg modificada. Foi ainda respeitado o tempo de recuperação de cada utente. Foi percecionado ainda no primeiro caso a limpeza das vias aéreas mais eficaz através da visualização da sua expetoração.

A diferença na aplicação dos exercícios entre os dois casos apresentados remete para a limitação funcional do membro inferior esquerdo do caso 2 que não lhe permitia realizar treino de pedaleira, nem subir e descer escadas, ao passo que no primeiro caso foi possível realizar esse treino. A utente do Caso I apresenta maior perceção de cansaço visível através da escala de Borg modificada.

A utente do Caso I apresenta menor número de repetições que o utente do Caso II por exercício, contudo apresenta maior tempo de treino com pedaleira nos membros inferiores.

Foi constatado ainda que a utente do Caso I apresentava uma passada mais rápida no início da prova de marcha.

Não deixa de ser visível através dos resultados que em ambos os casos o treino foi benéfico tendo aumentado o número de metros percorrido em cada caso em cerca de 10 metros em 6 minutos.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência não se manifesta apenas pela redução das capacidades físicas ou psicológicas, que influenciam as suas AVD, mas também, na insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social (Andrade 2009).

A enfermagem de reabilitação abrange uma complexidade de intervenções à pessoa, com necessidades especiais ao longo do seu ciclo vital.

“No âmbito das suas intervenções utiliza técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio (ajuda técnicas, dispositivos de compensação) e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo mobilidade, acessibilidade e a participação social.” (OE, 2010, p.4)

Segundo o Regulamento das Competências específicas do EEER, é da sua competência a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

Segundo Santos e Rabiais (2015) citado por Vieira e Sousa (2016, p.20) “o processo de reabilitação enquadra num continuum espacial, continuando no ambiente familiar, após a alta na instituição hospitalar, sempre no alcance de uma maior independência nas suas AVD, enquadrando todas as dimensões envolventes.

6 - BILIOGRAFIA:

Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Minho, Braga Acedido a 16 de abril de 2017 em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf

ERS/ATS. (2013). *An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation*. Acedido a 23 de maio de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24127811>

Cordeiro, M & Menoita, Elsa (2012) *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*; colaboração. Luís Sousa... [et al]; rev. técnica. e científica. Cristina Maria Silva Saraiva; ilustração. José Testas, João Testas. - 1ª ed. - Loures: Lusociência; ISBN 978-972-8930-86-8

M. Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (1ª). Loures: Lusodidata - Soc. Port. de Material Didático, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2ª. série (nº35), 8658–8659. Acedido a 18 de Abril de 2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Recomendações da ATS para o teste de marcha de 6 minutos. (2002). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 8, 479–481. Acedido a 23 de Maio de 2017. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30780-7](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30780-7)

APÊNDICES

APÊNDICE I - Poster -

PROVA DE 6 MM– ESTUDO DE CASO

Objetivos: Dar a conhecer a evolução de 2 doentes Insuficientes Respiratórios, submetidos a Reeducação Funcional Respiratória, através da Prova de Marcha de 6 minutos.

Caso I		Caso II		Resultados das provas de marcha:						
Sexo: Feminino		Sexo: Masculino								
Idade: 75 anos		Idade: 73 anos								
Comorbilidades: Bronquiectasias; HTP; Osteoporose; Síndrome depressivo, Doença de Chron.		Comorbilidades: DPOC, Enfisema pulmonar, HTA, # anca esquerda em criança com limitação sequelar.								
Plano de treino	Repetições	Repetições								
• Posições de descanso e relaxamento			Caso I		Caso II					
• Consciencialização dos tempos respiratórios, com respiração abdomino-diafragmática	12 Ciclos cada		Dia	1	2	3	1	2	3	
• Reeducação diafragmática anterior, posterior, hemicúpulas direita e esquerda sem resistência e posteriormente com resistência;	12 Ciclos cada		m	125	125	135	67	68	77	
• Execução de exercício de reeducação costal seletiva	12 Ciclos cada		Sat. %	89-91	89-94	89-92	85-92	76-89	85-91	
• Execução de exercício de reeducação costal global (com bastão inicialmente sem carga e posteriormente com resistência)	12 Ciclos cada	2x 0,5 kg 10x 1x 1,350 kg 10x								
• Tosse dirigida;			Fc							
• Execução de treino aeróbio com pedaleira com membros superiores e inferiores (Caso I);	5 minutos 10 minutos 12 minutos		Bat/min	80-100	80-100	80-109	100-121	100-121	87-90	
• Treino de subir e descer degraus;	20 x									
• Execução da prova de 6 minutos de marcha com gestão de oxigénioterapia;	(em dias não consecutivos)		Borg	4	4	3	2	3	2	

Discussão:

- A utente do Caso I apresenta menor número de repetições que o utente do Caso II por exercício, contudo apresenta, maior tempo de treino com pedaleira nos membros inferiores.
- Através dos resultados que em ambos os casos o treino foi benéfico tendo aumentado o número de metros percorrido em cada caso em cerca de 10 metros em 6 minutos.

Enfermeiro Orientador:

Enf^º Especialista em Enfermagem de Reabilitação Carlos Nogueira

Discente:

Eduardo Pimenta

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

APÊNDICE XII –Artigo

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Recover facial expression after central facial paresis

Eduardo Pimenta – RN, Enfermeiro de Cuidados Gerais no serviço de Especialidades Médicas da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. Mestrando em Enfermagem na Universidade de Évora

Gorete Reis - RN, PhD, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora

RESUMO

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Em Portugal verifica-se a diminuição da incidência de Acidente Vascular Cerebral. No entanto as incapacidades e desvantagens daí resultantes continuam a ser as mais variadas e com grande impacto na vida das pessoas, entre as quais a Parésia Facial do Tipo Central.

Objetivos: Aplicar um programa de Enfermagem de Reabilitação.

Metodologia: Através da seleção de participantes foi aplicado um programa de Reeducação de mímica facial e avaliados os seus benefícios, tendo a metodologia de Estudo de caso. Instrumentos de colheita de dados escalas de Escala de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) e escala de House-Brackmann.

Resultados: 3 participantes integram um programa de Reabilitação, tendo 2 participantes apresentado ganhos relevantes.

Conclusões: Demonstra-se que o treino de mímica facial diminui a assimetria facial e tem influência na disfagia, disartria e alteração da imagem corporal.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação; Parésia Facial Central.

Abstract

In Portugal there is a decrease in the incidence of stroke. However, the resulting disabilities and disadvantages continue to be the most varied and have a great impact on people's lives, including Central Facial Paresis.

Objectives: Applying a Rehabilitation Nursing Program

Methodology: Through the selection of participants a Reeducation program of facial mime was applied and its benefits evaluated, taking the methodology of Case study. Data collection instruments National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) and House-Brackmann Scale.

Results: 3 participants were selected for integration into the Rehabilitation program, with 2 participants presenting relevant gains.

Conclusions: It is demonstrated that facial mime therapy decreases facial asymmetry and influence on dysphagia, dysarthria and change in self image

Keywords: Rehabilitation nursing; Stroke; Facial Paralysis

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a patologia com maior taxa de mortalidade e incapacidade⁽¹⁾ e torna-se imperativa uma intervenção terapêutica eficaz por parte dos profissionais de saúde. Ao considerar-se o indivíduo como foco principal da reabilitação, as intervenções implementadas terão como objetivo principal a promoção da máxima qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência⁽²⁾.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel fundamental, na medida em que apresenta competências para facilitar a mudança para uma nova realidade, dirige a sua intervenção para a maximização da independência de qualquer indivíduo na satisfação das suas atividades de vida diária (AVD) e necessidades básicas, através de um processo de readaptação aos défices vivenciados ⁽³⁾.

As consequências do AVC (dependência e incapacidade) concretizam-se na alteração equilíbrio, da pessoa na relação com o meio envolvente ⁽⁴⁾ o que poderá condicionar o seu “projeto de vida” ⁽⁴⁾ uma vez que impossibilita o cumprimento de obrigações sociais, pessoais, profissionais e familiares. As AVD são parte integrante da pessoa, pois permitem a satisfação das suas necessidades humanas básicas e outras exigências diárias. Nestas áreas são observáveis imediatamente o maior impacto das limitações no doente com AVC ⁽⁴⁾.

As alterações da mobilidade surgem como o fator de alerta para o início súbito de uma alteração, que é considerada uma emergência, como é o caso do AVC. Elas “estão relacionadas com as modificações da força e do tônus muscular, do mecanismo de controlo postural e sensibilidade” ⁽⁴⁾. Sendo preditora de “perda de padrões de movimentos do hemicorpo afetado, bem como a padrões inadequados do lado não afetado” ⁽⁴⁾. A parésia facial central (PFC), é uma das consequências de alteração de mobilidade mais comuns após o AVC. É aquela que, muitas vezes, desperta a atenção dos que estão por perto, pela alteração da mímica facial. A relevância do movimento facial verifica-se na comunicação verbal e não-verbal, alimentação e proteção para os olhos ⁽⁵⁾. Assim se compreende que PFC apresenta um defeito funcional e estético que se manifesta pela assimetria facial e pela incapacidade muscular para a mímica na metade inferior do rosto, na perda de saliva pelo canto da boca, no sorriso assimétrico, a na articulação das palavras, por atonia dos lábios, língua e garganta ⁽⁵⁾.

A expressão facial reflete o estado psicológico de cada indivíduo, e caso não o consiga expressar, pode apresentar consequências, pois utentes com depressão apresentam maior dificuldade em se reabilitar, períodos de hospitalização mais longos, maior dificuldade em regressar ao domicílio e pior qualidade de vida ⁽⁵⁾.

Exercícios de promoção de recuperação de parésia facial do tipo central

A reeducação neuromuscular é o primeiro tratamento a que a pessoas recorrem quando apresentam paralisia facial central. Este treino, tem como o objetivo a promover da simetria facial e a sua expressão ⁽⁶⁾ que por sua vez melhora a alimentação e a comunicação. Trata-se de um método convencional, que pode ser realizado em ambulatório e permite “recuperar o movimento facial simétrico e a reduzir ou eliminar os problemas associados da fala e da deglutição” ⁽⁶⁾.

A reeducação dos músculos da face é longa e meticolosa e exige grande concentração por parte da pessoa. Para o treino é aconselhável a sua realização duas vezes por dia ⁽⁴⁾.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Na hemiface afetada, devem ser colocados calores húmidos, antes de iniciar o treino, durante 10 minutos, caso se apresente na fase flácida e durante 15 minutos na fase de hipertonia ⁽⁷⁾.

Os exercícios devem ser realizados em frente ao espelho ⁽⁸⁾. Apresentam resultados mais eficazes do que se realizados sem a sua visualização ⁽⁸⁾.

Manikandan revela no seu estudo que foram instruídos os utentes para realizarem 5 a 10 repetições de exercícios faciais, três vezes ao dia para evitar a fadiga ⁽⁶⁾.

Reforçamos que no Treino da Mímica Facial, a pessoa deve executar o movimento solicitado enquanto observa o reflexo da hemiface afetada no espelho, sendo inculidas orientações sobre “variações de velocidade, força, número de repetições e intervalos de descanso.” O mesmo autor aconselha que após os exercícios já se encontrarem sistematizados deve ser alternado o uso do espelho ^(4,6), quer isto dizer que umas vezes o usa e outras não.

O fundamento da terapia de mímica facial é o desenvolvimento de “uma conexão consciente, entre o uso de certos músculos e expressão emocional facial.” Os exercícios poderiam ser realizados tendo por base uma expressão facial que se imita ou usar certos músculos para realizar a expressão pretendida. Nos seus exemplos, compreendemos que pode ser solicitado ao utente, para levantar a testa e apresentar um ar de espantado. Pode ser ainda solicitado para levantar o lábio superior como ar de desgosto ou apertar os lábios como se estivesse com raiva ⁽⁹⁾. Para além destes exercícios também pode sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e depressão do lábio inferior ⁽⁴⁾. Outro grupo foi instruído que a realização dos exercícios que deviam utilizar a musculatura afetado de forma a inibir a participação do lado não afetado ⁽⁶⁾.

Nos planos de reeducação dos músculos faciais poderão ser incluídas ainda técnicas de estimulação através de vibrações, percussões curtas, dos músculos efetuados, com as polpas digitais e a aplicação de cubo de gelo com duração até 10 minutos ⁽⁸⁾.

O plano deve incluir técnicas de relaxamento muscular como: a Massagem endobucal que pode ser realizada pela pessoa, colocando a sua mão contralateral à hemiface afetada, em sentido contrário ao repuxamento muscular e colocando o dedo polegar na cavidade oral e os restantes dedos na hemiface ^(7,8). O profissional também poderá realizar a massagem colocando “o segundo dedo no interior da cavidade oral e o polegar no exterior mantendo os músculos em posição de estiramento”. A massagem consiste em relaxar e mobilizar os dois lados da face ⁽⁹⁾. Devem também efetuar-se exercícios de contração-relaxamento - contração mantida (3-5 segundos) e posteriormente relaxamento completo. ⁽⁴⁾; bem como palmopercussões sobre a hemiface afetada ⁽⁴⁾.

Além dos exercícios anteriormente explicitados, o plano de treino deverá conter técnicas de alongamento passivo que são utilizadas em músculos orais ou periorais, segurando o músculo a

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

alongar ⁽⁴⁾. Os exercícios de alongamento do lado afetado servem para aliviar os músculos envolvidos na sincronia da mímica facial porque essa mesma sincronia pode aumentar o tônus muscular ⁽⁹⁾.

Uma vez que a realização do presente projeto decorre numa Unidade de Acidente Vascular Cerebral onde se pretende que a pessoa estabilize a situação clínica e inicie o plano de treino da PFC, na fase flácida, iremos recorrer à técnica de estimulação e reeducação dos músculos da face com vista ao treino de mímica facial, com apoio da estimulação visual, com espelho e técnica de alongamento passivo. Será fornecida uma brochura com os exercícios faciais destinados à recuperação da expressão facial do andar inferior da face.

Face aos fundamentos apresentados foi elaborado o seguinte plano de treino para a PFC, que antecede uma avaliação criteriosa:

- Realizar a confrontação da pessoa, com auxílio de espelho e explicar as alterações visíveis e as possíveis consequências, que podem surgir tardiamente;
- Aplicar durante 10 minutos uma toalha humedecida em água quente;
- Instruir e treinar em conjunto com a pessoa, a realização de massagem endobucal, dos músculos faciais, nos diferentes sentidos a ritmo lento;
- Fornecer brochura e explicar os exercícios faciais (aproximar os lábios e comprimir, sorrir a mostrar os dentes, sorrir sem mostrar os dentes, encher as bochechas de ar e realizar protusão do lábio inferior), pretendendo-se a estimulação dos diferentes músculos faciais do andar inferior;
- Realizar instrução e treino dos exercícios apresentados na brochura em conjunto com o utente de forma a compreender os diferentes, movimentos faciais, em séries de 5 repetições por exercício;
- Realizar novamente os exercícios ajudando o utente, com inclusão de espelho e incentivando a que este se observe a realizar os exercícios;
- Após compreensão dos exercícios, solicita-se ao utente que realize os exercícios 3 a 4 vezes por dia e que aumente as repetições de exercícios gradualmente (no dia seguinte 10 repetições por exercício e no terceiro dia 15 repetições).
- No final de cada período de treino é realizada nova massagem endobucal;
- São incentivadas as pausas quando se verificava que o utente apresentava algum cansaço. No decurso delas é instruída a respiração abdomino diafragmática com dissociação dos tempos respiratórios.

Foram definidos para a concretização do estudo os seguintes objetivos: Avaliar o grau de parésia facial; estabelecer um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação focalizado na parésia facial central; e avaliar os ganhos em saúde advindos do plano de intervenção.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Metodologia

1. Este projeto é do tipo estudo de caso e por isso descritivo, realizado de 20 de setembro a 20 de novembro de 2017.
2. Para selecionar os intervenientes do projeto, foram definidos os seguintes critérios: ter como diagnóstico de admissão AVC; ter como sequela parésia facial do tipo central; obter pontuação inferior a 17 pontos na escala de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) e aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo.
3. A realização do presente projeto foi autorizada pela Comissão de Ética em Saúde e bem-estar da Universidade de Évora e pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do Algarve. O Consentimento informado assinado pelo utente, inclui autorização para realizar registo fotográfico da sua expressão facial, mantendo o seu anonimato.
4. A escala de NIHSS permite realizar exame neurológico a pessoas com AVC agudo através da avaliação de 11 capacidades (“nível de consciência, desvio ocular, paresia facial, linguagem, fala, negligência/extinção, função motora e sensitiva dos membros e ataxia”). A sua pontuação varia entre 0 e 42 pontos em que 0 não apresenta défice neurológico e 42 a pessoa encontra-se em estado comatoso ⁽¹⁰⁾. Uma vez que a escala se traduz numa pontuação e a gravidade não se encontra explanada foi necessário recorrer a outro autor para obter essa definição. No estudo desenvolvido por Briggs et. al. ⁽¹¹⁾ considera que a pontuação na escala de NIHSS inferior a 8 é indicativo de um défice neurológico ligeiro, uma pontuação superior a 8 e inferior a 17 corresponde a um défice neurológico moderado e uma pontuação superior ou igual a 17 corresponde a um défice neurológico grave.
Através de uma observação desarmada é possível perceber qual o tipo de parésia presente. No entanto para uma avaliação mais objetiva pode recorrer-se ao uso de escalas, sendo a mais consensual e comumente utilizada é a escala de House-Brackmann ⁽⁵⁾. A Escala de House-Brackman é a mais amplamente aceite e adotada, inclusive pela Academia Americana de Otorrinolaringologia. Esta escala permite a diferenciação da paralisia facial em seis graus em que grau I é definido como normal, grau II - disfunção leve, grau III disfunção moderada, Grau IV – disfunção moderadamente severa, Grau V – disfunção severa e Grau VI – Paralisia Total. Cada grau deve respeitar os vários itens definidos na própria Escala ⁽¹²⁾.
5. Os recursos necessários para o presente projeto foram os cuidados de enfermagem de reabilitação, com a duração média estimada de cerca de dez minutos por cada momento de intervenção a cada indivíduo, espelho, balões, gelo, câmara fotográfica e consumíveis para o registo de dados.
6. As estratégias adotadas para implementação do projeto, após a aprovação pelas diferentes entidades mencionadas anteriormente foi o seguinte:

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

- a) Realização de um plano de reeducação dos músculos faciais com base no grau de severidade, sendo que este plano será inicialmente executado em conjunto com a pessoa. Posteriormente pretende-se que a pessoa o execute com auxílio de um espelho, no sentido de autonomizar na execução dos exercícios;
- b) Adequar o plano de acordo com as necessidades da pessoa;
- c) Após a pessoa aceitar participar no estudo de forma livre e esclarecida, realizar registo fotográfico no momento inicial e final do programa de reeducação dos músculos da face ou até ser transferida para outro serviço (após 3 a 4 dias).

Resultados

A média de idade da amostra selecionada é de 68 anos variando entre os 59 e os 78 anos. Verifica-se ainda que a etiologia de AVC mais prevalente é o AVC Isquémico e que o antecedente patológico mais prevalente é a Hipertensão Arterial, em 100% da amostra. Nesta amostra observou-se a relação entre a PFC e Hemiparésia ou monoparésia em 67% dos casos apresentados. Relacionando PFC e disartria 100% dos indivíduos experienciaram esta sintomatologia, PFC e disfagia 67% e PFC disartria e disfagia 67%.

De acordo com os critérios de seleção de participantes apenas 3 reuniram as condições de participação.

Participante 1

A primeira pessoa interveniente neste projeto, é um indivíduo de 66 anos, admitido por AVC Isquémico, com múltiplos antecedentes cardíacos e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) de etiologia tabágica. Como consequência do AVC é de referir que apresentava uma disfagia ligeira para líquidos, compensada com espessante com consistência tipo néctar e flexão do pescoço, disartria moderada e perda de saliva pela comissura labial direita. Verifica-se que os músculos do quadrante facial inferior direito se encontram deprimidos comparativamente com o lado contralateral.

Na escala de NIHSS pontuou 6 pontos (défice neurológico ligeiro) e na escala de House-Brackmann, pontuou 3 pontos (parésia evidente, mas não desfigurante, boca com desvio evidente, podem surgir espasmos, contraturas e sincinésias) como se verifica na Figura nº 1.

Foi apresentado e executado o plano de exercícios de promoção de recuperação de parésia facial do tipo central definido para este projeto.

No segundo dia, foi introduzido um balão, como forma de incrementar resistência e executar trabalho mais específico dos músculos Bucinador e Orbicular do lábio. Sugerimos ao participante para no final dos exercícios encher o balão com ar, em igual número repetições.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Foi avaliado ao terceiro dia, com a escala de NIHSS onde pontuou 3 pontos (défice neurológico ligeiro), e escala de House-Brackmann onde pontuou 2 pontos (Parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações), como se observa na figura nº 1.

Figura nº 1 – Participante 1 – comparação entre a primeira e segunda avaliação



Legenda dos músculos afetados, do andar inferior da face:

1 – Levantador comum do lábio Superior da Asa do Nariz	5 – Canino	9 – Quadrado do mento do pescoço
2 – Levantador do lábio superior	6 – Bucinador	10 – Músculo da borla do mento
3 – Pequeno Zigomático	7 – Risorius de Santorini	11 – Orbicular dos lábios
4 – Grande Zigomático	8 – Triangular dos lábios	12 – Subcutâneo

O tempo de instrução da pessoa teve a duração de 10 minutos. Após esse tempo começou a realizar o treino de forma autónoma e num número superior de vezes superior ao solicitado.

Participante 2

A segunda pessoa interveniente neste projeto, é um individuo de 59 anos, admitido por AVC Isquémico. Apresenta como sequelas imediatas hemianopsia esquerda, hemiparésia esquerda com alteração da motricidade fina, dismetria na prova dedo-nariz e calcanhar joelho mais exacerbada no hemicorpo afetado, alteração do equilíbrio estático na posição de pé, não conseguindo manter equilíbrio autonomamente, desvio da comissura labial esquerda e ligeiro apagamento do sulco nasolabial. Perde saliva pela comissura labial esquerda em pequena quantidade e disartria ligeira. Verifica-se que os músculos do quadrante facial inferior esquerdo se encontram deprimidos comparativamente com o lado contralateral.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

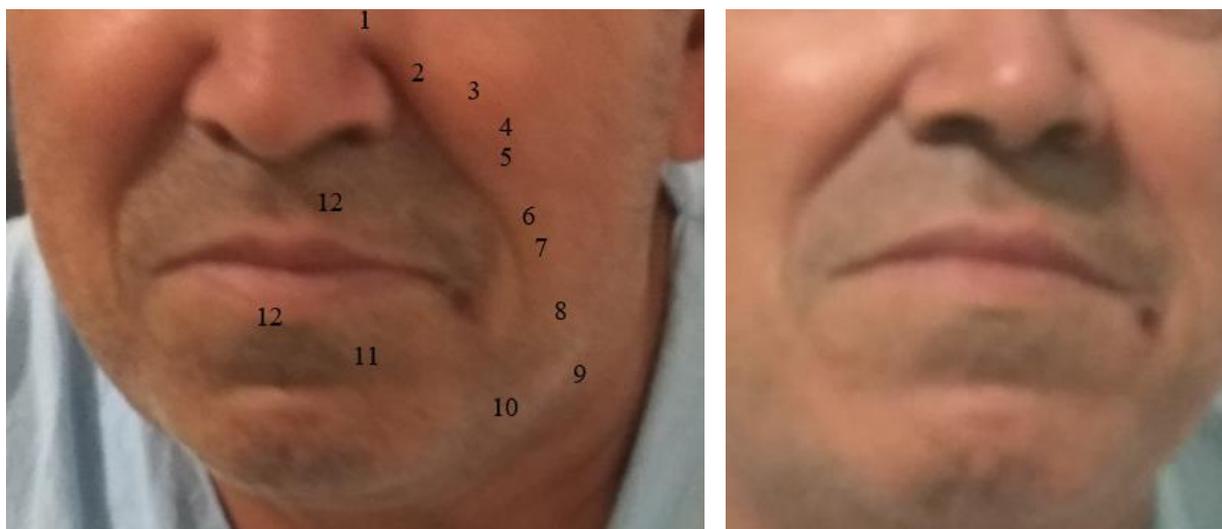
Realizada avaliação com a escala de NIHSS pontuou 11 pontos (défice neurológico moderado) e com a escala de House-Brackmann onde pontuou 2 pontos (Parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações), como se verifica na Figura nº 2.

Foi apresentado e implementado o plano de exercícios de promoção de recuperação de parésia facial do tipo central.

Desde logo se percebeu que o utente apresentava algumas dificuldades em cumprir a realização dos exercícios. No sentido de tentar introduzir um estímulo sensorial optou-se por após realizar massagem endobucal no final dos exercícios, introduzir estimulação sensorial através da colocação de um cubo de gelo no interior da cavidade oral sobretudo na hemiface esquerda.

Ao final do terceiro dia, as palavras eram mais perceptíveis e não perdia saliva pela comissura labial esquerda. Realizada nova avaliação com escala de NIHSS onde apresentou pontuação de 8 pontos (défice neurológico ligeiro) e 2 pontos (Parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações) na escala de House-Brackmann.

Figura nº 2 - Participante 2 - comparação entre a primeira e segunda avaliação.



Legenda:

1 – Levantador comum do lábio Superior da Asa do Nariz	5 – Canino	9 – Subcutâneo do pescoço
2 – Levantador do lábio superior	6 – Bucinador	10 – Quadrado do mento
3 – Pequeno Zigomático	7 – Risorius de Santorini	11 – Músculo da borla do mento
4 – Grande Zigomático	8 – Triangular dos lábios	12 – Orbicular dos lábios

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

A pessoa do presente caso, após ter sido instruída durante 25 minutos, pretendia-se que realizasse o treino de forma autónoma, mas apenas o realizava quando incentivada e com auxílio do EEER.

No presente caso não se observa diferença significativa na expressão facial (exceto nos músculos quadrado do mento e borla do mento), contudo verificou-se melhoria dicção e na ausência de queda de saliva pela comissura labial.

Pessoa 3

A terceira pessoa incluída neste projeto, é um individuo de 78 anos, admitido por AVC Isquémico. Apresenta como sequelas imediatas hemiparésia esquerda com força de grau 3/5 segundo escala de Lower, disartria impercetível e desvio da comissura labial para o lado esquerdo com apagamento do sulco nasolabial. Perde saliva pela comissura labial em moderada quantidade, apresenta também disfagia para líquidos compensada com espessante com consistência pudim.

Realizada avaliação, através dos critérios de inclusão. Na escala de NIHSS pontuou 8 pontos (défice neurológico ligeiro) e na escala de House-Brackmann, pontuou 4 pontos (Parésia evidente e desfigurante), como se verifica na Figura nº3.

A pessoa do presente caso após ter sido instruída durante 9 minutos passou a realizar o treino de forma autónoma e num número superior de vezes superior ao solicitado

Ao quarto dia foi solicitado ao utente que enche-se um balão com ar como forma de compreender se encerrava adequadamente a comissura labial e este conseguiu. Realizou-se avaliação final, na escala de NIHSS onde apresentou pontuação de 4 (défice neurológico ligeiro), e na escala de House-Brackmann onde pontuou 2 pontos (Parésia ligeira só detetável com inspeção cuidada; assimetria só no sorriso forçado, sem complicações).

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Figura nº 3 - Participante 3 – comparação entre a primeira e segunda avaliação.



Legenda:

1 – Levantador do lábio superior	5 – Bucinador	9 – Quadrado do mento
2 – Pequeno Zigomático	6 – Risorius de Santorini	10 – Músculo da borla do mento
3 – Grande Zigomático	7 – Triangular dos lábios	11 – Orbicular dos lábios
4 – Canino	8 – Subcutâneo do pescoço	

Na figura nº3 verifica-se diminuição das alterações físicas como a simetria facial e diminuição do apagamento do sulco nasolabial melhorado.

Discussão

Verifica-se que na amostra selecionada que a PFC foi sempre acompanhada por outras condicionantes como a disfagia, disartria e queda da saliva pela comissura labial.

Desta forma após analisar todas as avaliações da PFC dos casos representados neste projeto, pela comparação dos valores apresentados na escala de House-Brackman e NIHSS, bem como os resultados não mensuráveis através de escala, como a disartria, queda de saliva pela comissura labial e disfagia, antes a após intervenção, verifica-se que os intervenientes (Pessoa 1 e 3) apresentaram ganhos que se consideram evidentes através de observação. Contudo o segundo interveniente, não apresentou ganhos de igual expressão, mas apresenta ganhos em áreas como disartria melhorada e por não perder saliva pela comissura labial.

A implementação do projeto de intervenção profissional, sobretudo do treino de mímica facial, representa a adequação da intervenção e ganhos evidentes em consonância com os de outros autores^(4,5,9,13,14).

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Os resultados que nós encontramos estão em consonância com os autores referidos, sendo estes unânimes na importância e relevância desses mesmos resultados. Mesmo nas situações em que a expressão facial não demonstra modificação denota-se alteração na expressão verbal e queda de saliva que através dos resultados ilustrativos neste projeto. As complicações imediatas e a longo prazo, decorrentes da PFC como a disartria, disfagia, queda de saliva pela comissura labial e alteração da qualidade de vida por alteração da mímica facial ou autoimagem, decorrente desse processo, foram minimizadas.

A utilização de balões como estratégia, foi uma mais valia, uma vez que transmitem informação visual e sensitiva aos participantes. Torna-se uma estratégia objetiva, pois o utente ao conseguir encerrar devidamente os lábios, consegue encher o balão. Não podemos deixar de referir que o uso do cubo de gelo foi benéfico sobretudo para o estimular o encerramento dos lábios e assim diminuir a perda de líquidos pela comissura labial.

Se perspetivarmos o impacto financeiro, que este tipo de programa pode apresentar, verificaremos a economia de tempo e os ganhos na efetividade do tratamento. Os utentes necessitaram apenas de 34 minutos no total para o treino e por isso considera-se um custo justo, uma vez que o tempo despendido no treino e na sua instrução, é relevante para os utentes realizarem o treino de forma autónoma ou sob supervisão na instituição hospitalar e no domicílio ⁽⁹⁾.

O tempo despendido na aplicação do plano de treino não se revela uma limitação, uma vez que após os intervenientes perceberem os exercícios e os objetivos pretendidos, esse tempo rentabiliza-se autonomamente, em capacitação. A implementação do projeto permitiu verificar que o tempo de instrução é variável, devendo ser personalizado.

Outras variáveis a considerar é a motivação, a capacidade ou o interesse do interveniente. Tal está indiciado no caso em que a pessoa apresenta o menor grau de PFC, segundo a escala de House-Brackman, mas com sucesso menos evidente.

Deve ainda ser mencionado que tendo por base alguns autores ^(5,13) esta intervenção de forma direta ou indireta, contribui o aumento da qualidade de vida a médio e longo prazo e por isso para a redução do tempo de internamento ou re-admissão hospitalar e naturalmente a redução de custos institucionais.

Através a realização do projeto - Recuperar a expressão facial após parésia facial central – Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação, considera-se que o programa indicia que a sua aplicação a outros utentes será igualmente positiva.

Verificou-se também que o facto de os indivíduos realizarem os exercícios em número superior ao solicitado, pode ter potenciado os seus ganhos na recuperação da expressão facial. Este aspeto demonstra-se como dinamizador dos ganhos evidenciados e dessa forma uma mais valia.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

É evidente que os resultados demonstram que a instrução e exercícios de mímica facial da pessoa com PFC é uma intervenção que pode ser implementada por EEER, que contribui diretamente para a recuperação da expressão facial e atenua as demais complicações, a curto e a longo prazo, como a melhoria da disartria, da disfagia, da queda de saliva pela comissura labial afetada, da expressão de emoções através da face e da auto-imagem. A evolução positiva tem reflexo na qualidade de vida, que pode ser afetada sobretudo pelo isolamento social, apesar de não dispormos de dados neste estudo que a justifiquem.

São várias as limitações sentidas na implementação do projeto de intervenção profissional. A primeira é referente à bibliografia disponível e selecionada, estar direcionada para a paralisia facial periférica ou para a qualidade de vida após parésia facial. Daqui justificarmos a necessidade de determinar-nos os exercícios e os elementos mais indicados para Reabilitar a PFC. Na bateria de exercícios selecionados pela pesquisa bibliográfica não existe consenso quanto ao número de repetições diárias, ou quanto à intensidade. Tal facto levou-nos a propor uma determinada sequência que pode ter contribuído para o bom resultado.

No entanto, cada utente optou autonomamente, por repetir os exercícios o número de vezes diária, com a qual se sentia confortável, sem influência do EEER. Por isso não é possível indicar o número máximo de repetições por exercício que cada um executou. Contudo verificam-se benéficos na sua recuperação. Uma possível explicação para este facto reside na necessidade de os intervenientes se sentirem úteis e ocupados durante a sua permanência no internamento.

Podemos agora considerar que a aplicação do treino de mímica facial, que apesar de ser um método considerado artesanal, em conjugação com outros meios tecnológicos, poderá potenciar ganhos mais relevantes, no mesmo período temporal.

O pequeno número de casos e o tempo adstrito ao Estágio Final também se apresenta como limitação, porque muitas variáveis não foram consideradas. Mesmo assim verifica-se que os dados apresentados indiciam que o programa permite capacitar pessoas.

Previmos no futuro implementar ou adaptar o presente plano, a uma população mais numerosa e num período de tempo mais alargado, para que resultados sejam consolidados e possamos estabelecer um plano específico de intervenção de enfermagem de reabilitação e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados e assim criar evidência.

Através dos estudos consultados e pela experiência deste projeto de intervenção considera-se que é necessário direccionar a investigação no âmbito, não só da Parésia Facial Periférica, mas também da PFC, nomeadamente no que concerne à duração e frequência das intervenções de reabilitação da pessoa com PFC, por isso é necessário despertar as diferentes classes profissionais para a necessidade de intervir junto da PFC e em conjunto.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Deve ainda ser referenciada uma possível recomendação para projetos futuros nesta área que se depreende com a possibilidade de aplicação que questionários de qualidade de vida, capacitar os doentes no domicílio e realizar uma avaliação mais compreensiva, que inclua o desempenho nas AVD.

A CONCLUIR

Este projeto permitiu a recuperação da expressão facial de 3 utentes. Acreditamos que diminuiu consequências imediatas e atenuou consequências futuras quer para a própria pessoa e família, mas também para a diminuição de custos institucionais.

O produto final (resultados) obtido com a implementação deste projeto, revela que a vontade pessoal dos utentes, após serem detentores de conhecimento e treino que lhes permite alterar a sua situação e prevenir as complicações imediatas e tardias se nada for feito, demonstra-se eficaz, após o período crítico.

Profissionalmente, consideramos que o tempo de instrução dedicado a cada utente não se apresenta, no nosso ponto de vista, prejudicial em termos de organização de trabalho, nem um gasto acrescido.

O projeto de intervenção na área da reabilitação permitiu extrair os benefícios para as pessoas que cuidamos, bem como para as boas práticas e disciplina de Enfermagem de Reabilitação. O projeto foi implementado com sucesso e prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com parésia facial do tipo central, não descurando as outras necessidades e assim desenvolvidas as competências específicas de Enfermagem de Reabilitação.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

Referências

1. Direcção Geral de Saúde. Unidades de AVC. [Em linha]. 2011 [citado em 2018 fevereiro 19]; 1–28. Disponível em: <http://docplayer.com.br/8765946-Unidades-de-avc-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
2. Cardoso, R., & Eusébio, A.. Actividades da Vida Diária - Abordagens e práxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. Cidade Solidária. 2011 jan. Lisboa. - Ano XIV, nº 25, p. 30-5
3. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa (PT): OE; 2011.
4. Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. Reabilitar a Pessoa com AVC –Contributos para um Envelhecer Resiliente. Lusociência. Loures; 2014.
5. Konecny, P., Elfmark, M., Horak, S., Pastucha, D., Krobot, A., Urbanek, K. & Kanovsky, P. Central facial paresis and its impact in mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. [Em linha]. 2014 [citado em 2018 fevereiro 19]; 158(1), 133-137. Disponível em: http://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio-201401-0021_central_facial_paresis_and_its_impact_on_mimicry_psyche_and_quality_of_life_in_patients_after_stroke.php. DOI: 10.5507/bp.2013.014.
6. Manikandan N.. Effect of facial neuromuscular re-education on facial symmetry in patients with Bell's palsy: a randomized controlled trial. [Em linha]. 2007. [citado em 2018 fevereiro 19]; 21: 338-43. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Manikandan_Natarajan5/publication/6223490_Effect_of_facial_neuromuscular_re-education_on_facial_symmetry_in_patients_with_Bell%27s_palsy_A_randomized_controlled_trial/links/02e7e5327c6a7b8d00000000/Effect-of-facial-neuromuscular-re-education-on-facial-symmetry-in-patients-with-Bells-palsy-A-randomized-controlled-trial.pdf
7. Silva, M., Silva, M., Santos, J.. Paralisia Facial e a Reabilitação. [Em linha]. 2013 [citado em 2018 fevereiro 19]; 1(2): 1-8.. Disponível em: <http://revistanativa.com/index.php/revistanativa/article/view/132/pdf>
8. Matos, C.. Paralisia Facial Periférica: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. [revista em linha]. 2011 [citado em 2018 fevereiro 19]; 24, 907-914. Disponível em:

Recuperar a expressão facial após parésia facial central

<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1578/1162>.

DOI: 10400.17/920.

9. Beurskens, C. & Heymans, P.. Mime therapy improves facial symmetry in people with long-term facial nerve paresis: a randomised controlled trial. [Em linha]. 2006 [citado em 2018 fevereiro 19]; 52: 177-83. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(06\)70026-5](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(06)70026-5)
10. Moro, C. H. C. & Neto, O. M. P. (2009). Programa de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento do Acidente Vascular Cerebral. Módulo III – Escalas de avaliação. Sociedade brasileira de doenças cerebrovasculares. [revista em linha] [citado em 2018 fevereiro 19]. Disponível em: <http://www.acaoavc.org.br/admin/wp-content/uploads/2015/10/6.3.6.d....apostila-pacto-avc-mod3.pdf>
11. Briggs, D.E.; Felberg, R.A.; Malkoff, M. D.; Bratina, P. & Grotta; J.C.. Should Mild or Moderate Stroke Patients Be Admitted to an Intensive Care Unit? Stroke, [revista em linha] 2001 [citado em 2018 fevereiro 19]; 32, 871-876. Disponível em <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.4.871>
12. Webber, R. Paralisia Facial Periférica. Seminário de Otorrinaringologia - Disciplina de Otorrinaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [revista em linha] 2005 [citado em 2018 fevereiro 19] ;1-20. Disponível em http://www.otorrinousp.org.br/noticias_detalhes.asp?id=122
13. Konecny, P., Elfmark, M. & Urbanek, K.. Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. [Em linha]. 2013 [citado em 2018 fevereiro 19].; 43, 73-75. Disponível em: <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0645>. DOI: 10.2340/16501977-0645.
14. Pereira, LM; Obara, K; Dias, JM; Menacho, MO; Lavado, EL & Cardoso JR. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis; [Em linha]. 2011 [citado em 2018 fevereiro 19], 25(7):649-58. Disponível em doi: 10.1177/0269215510395634.

Recuperar a expressão facial após parésia facial central