



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação  
Relatório de Estágio**

**A pessoa com alteração cognitiva resultante de Acidente  
Vascular Cerebral:  
Intervenção de Enfermagem de Reabilitação**

**Sara Cristina Silvério Brissos Pereira**



**Lisboa  
2021**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação  
Relatório de Estágio**

**A pessoa com alteração cognitiva resultante de Acidente  
Vascular Cerebral:  
Intervenção de Enfermagem de Reabilitação**

**Sara Cristina Silvério Brissos Pereira**



Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto



**Lisboa  
2021**

*“Recomeça...  
Se puderes  
Sem angústia  
E sem pressa  
E os passos que deres,  
Nesse caminho duro  
Do futuro  
Dá-os em liberdade.  
Enquanto não alcances  
Não descanses.  
De nenhum fruto queiras só metade.  
E, nunca saciado,  
Vai colhendo  
Ilusões sucessivas no pomar,  
Sempre a sonhar  
E vendo,  
Acordado,  
O logro da aventura.  
És homem, não te esqueças!  
Só é tua a loucura  
Onde, com lucidez, te reconheças.*

*Miguel Torga, 1977*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Vanda Marques Pinto, por ter aceitado orientar o relatório, pelo contributo das observações, sugestões ao longo de todo o processo e exemplo de motivação. Obrigada pelo apoio e compreensão, determinantes para continuar este percurso.

À Enfermeira Isabel Santos, por me orientar e acompanhar, ensinando-me que há sempre mais e melhor a fazer.  
Ao enfermeiro José Zeferino Pereira pela disponibilidade, orientação e exemplo de perseverança.

A minha mãe Maria José que me motivou na busca de novos saberes, com toda a dedicação e amor ao longo da minha vida.  
Ao meu pai José Luís que, não estando fisicamente entre nós, permanece comigo para sempre através da educação e amor que me dedicou. Com o seu exemplo, ensinou-me o valor do trabalho árduo e da honestidade. Onde quer que esteja, sei que se orgulhará de mim e todas as minhas conquistas.

Ao meu marido Carlos Miguel, pelo apoio incondicional, dedicação, amor e sacrifício durante o meu percurso. Obrigada por sempre acreditares em mim, pela tua infinita disponibilidade e por tornares este meu caminho mais leve.

Aos meus filhos, Diogo e Mariana, pela compreensão e apoio que me dedicam. Obrigada por suportarem a minha ausência durante este percurso e pelo vosso amor incondicional.

A minha amiga Inês Belchior, pela disponibilidade, pelo reforço positivo e pelo auxílio na clarificação das minhas ideias.

Por último, agradeço a todos os meus familiares e amigos que me apoiaram e acreditaram nas minhas capacidades. Por serem pessoas fantásticas, o meu

MUITO OBRIGADA!

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1 FUNÇÕES COGNITIVAS E ALTERAÇÕES DECORRENTES DE AVC</b> ...	17
1.1 <b>Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b> .....	20
<b>2 ANÁLISE CRITICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> .....	26
2.1 <b>Analise Critica para Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</b> .....	26
2.2 <b>Analise Critica para Aquisição de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b> .....	37
<b>3 AVALIAÇÃO</b> .....	55
<b>4 CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO</b> .....	57
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	60

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**Anexo I** – Instrumento de Registos do Programa de Regulação Sensorial

**Anexo II** – Escala de Lower13

**Anexo III** – Cognitive Assessment (MoCA)

**Anexo IV** – Escala de NIHss AVC

**Apêndice I** – Plano de Cuidados Sr. J.A.R

**Apêndice II** - Jornal de Aprendizagem: Alteração da linguagem vs Alteração da memória

**Apêndice III** – Plano de Cuidados Sra. A.F.B

**Apêndice IV** – Programa de Regulação Sensorial

**Apêndice V-** Jornal de aprendizagem- Continuidade de Cuidados na Comunidade

**Apêndice VI –** Apresentação de artigo” importância do enriquecimento do ambiente”

**Apêndice VII –** Comunicar com as emoções.

**Apêndice VIII –** Projeto de Estagio

## RESUMO

A cognição é uma complexa coleção de funções mentais que incluem atenção, percepção, compreensão, aprendizagem, memória, resolução de problemas e raciocínio, que permitem ao homem compreender e relacionar-se com o mundo e seus elementos. O compromisso de tais funções tem consequências funcionais importantes, independentemente do compromisso motor existente, sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) um dos eventos responsáveis e do qual poderão decorrer alterações nos domínios motor, sensorial e cognitivo que impõem mudanças e desencadeiam necessidades de adaptação que sendo superiores à capacidade de se autocuidar geram um déficit de autocuidado (AC). Considerando a pessoa com alteração cognitiva após AVC é provável que essa capacidade esteja limitada, constituindo-se a teoria do deficit do autocuidado de Orem fundamental na estruturação da atuação do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A intervenção do EEER à pessoa com alteração cognitiva resultante de AVC alicerça-se na capacidade neuro plástica do cérebro. Provavelmente a recuperação ocorre mediante uma combinação de processos espontâneos e dependentes de aprendizagem, incluindo restituição, substituição e compensação, promovida por intervenções que consideram o enriquecimento do ambiente e a regulação sensorial como coadjuvantes do plano de reabilitação.

Este relatório tem como propósito expor a análise crítica das atividades desenvolvidas nos campos de estágio e reflexão sobre as aprendizagens que permitiram alcançar as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EE, EEER e Descritores de Dublin.

Conclui-se que ação do EEER, dirigida a pessoas com diagnóstico de AVC, deve considerar as alterações cognitivas e físicas, contemplando intervenções promotoras da estimulação dos processos cognitivos. A inclusão de um programa de regulação sensorial estruturado revelou-se como promotor da reabilitação para reverter as alterações observadas e concorreu para incrementar a motivação, a autonomia, o conforto e bem-estar.

**Palavras-Chave:** Regulação Sensorial; Alteração Cognitiva; Enfermagem em Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado

## **ABSTRACT**

Cognition is a complex collection of mental functions that include attention, perception, comprehension, learning, memory, problem-solving, and reasoning, which allow humans to understand and relate to the world around them and its elements. The impairment of such functions has important functional consequences, regardless of the existing motor impairment. A Cerebrovascular accident (CVA/stroke) is one of the events responsible for such a thing to occur. The alterations that result from this are visible in the motor, sensory, and cognitive domains. The resulting sequelae impose changes that trigger the need for adaptation. In the face of an imbalance, if the person's needs are greater than their ability to self-care, a self-care deficit (SC) arises. Considering the person with cognitive impairment, after a CVA this ability is likely to be limited. Thus, Orem's theory of self-care deficit is essential in structuring the performance of a Specialist Nurse in Rehabilitation (SNR).

The SNR's intervention regarding the person with cognitive impairment resulting from a CVA is based on the neuroplastic capacity of the brain. Recovery is likely to occur through a combination of spontaneous and learning-dependent processes, including restitution; replacement, and compensation, promoted by interventions that consider environmental enrichment and sensory regulation as coadjutants in the rehabilitation plan.

The purpose of this study is to present a critical analysis of the activities developed in the internship fields and reflect on the learning experiences that allowed achieving the competencies recommended by the "Ordem dos Enfermeiros" (OE) for the NRS and Descriptors de Dublin

We can conclude that the action of the NSR, directed at people diagnosed with a stroke should consider both cognitive and physical changes, contemplating interventions that promote the stimulation of cognitive processes. The inclusion of a structured sensory regulation programme has proved to promote rehabilitation to reverse the effects of the stroke and contributed to increase motivation, autonomy, comfort, and well-being of the patient.

**Keywords:** Sensory Regulation, Cognitive Impairment; Rehabilitation Nursing; Cerebrovascular Accident /Stroke/CVA; Self-care



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AC – Autocuidado

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CR – Cadeira de Rodas

DD – Descritores de Dublin

DE – Dispositivos Externos

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

OE – Ordem dos Enfermeiros

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

PNDCCV – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

PQCER – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados

SER – Registo Saúde Eletrónico

RV – Realidade Virtual

SNC – Sistema Nervoso Central

SPAVC - Sociedade Portuguesa Do Acidente Vascular Cerebral

TDAC – Teoria do Défice de Autocuidado

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

WHO – World Health Organiz

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER), abrange a descrição e análise das atividades desenvolvidas em dois contextos de estágio. O primeiro decorreu na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de 24 de setembro a 23 de novembro de 2019 e o segundo em contexto hospitalar em serviço de neurologia, de 26 de novembro a 8 de fevereiro de 2020. As atividades desenvolvidas nos estágios foram previamente planeadas no projeto “A Pessoa com Alteração Cognitiva Resultante de Acidente Vascular Cerebral: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação” (apêndice VIII) com o objetivo de refletir a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), relacionando-as com o estipulado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Pretende-se alcançar as expectativas dos Descritores de Dublin em 2003 ou "descritores de nível" desenvolvidos em 2003 e adotados no “Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior”. De acordo com os mesmos, a aquisição de grau de mestre impõe aptidões ao nível do conhecimento e capacidade de compreensão; aplicação de conhecimentos e compreensão; realização de julgamento/ tomada de decisões; comunicação e competências de autoaprendizagem.

A diferenciação e a especialização são cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Segundo a OE (2019, p. 4744), o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. As competências comuns dos enfermeiros especialistas são definidas pela OE (2019, p.4745) como sendo “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

O contexto do meu exercício profissional teve elevada relevância na escolha da temática deste trabalho. A Unidade Cuidados Continuados Integrados Media Duração e Reabilitação (UCCIMDR) admite pessoas com necessidade de cuidados decorrente de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico que apresentam perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Tem como propósito a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa. As pessoas com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) integram o grupo de admissões mais frequentes, após o qual apresentam múltiplas alterações, sendo mais comuns as alterações da mobilidade, paresia facial, linguagem, deglutição, padrão de eliminação vesical e intestinal, bem como alterações das funções cognitivas. Em inúmeras situações constatei que as pessoas com déficits cognitivos apresentam um processo de reabilitação mais longo e mais complexo, comparativamente a pessoas com preservação das funções cognitivas.

A reabilitação da pessoa após AVC está particularmente condicionada à abrangência da lesão e subseqüentes alterações das funções cognitivas, sendo o sucesso da reabilitação sujeito ao compromisso cognitivo. Segundo Zinn et al., (2004), o compromisso cognitivo é um preditor de relevância da capacidade de recuperação, uma vez que afeta diretamente o processo de reabilitação e recuperação da pessoa com diagnóstico de AVC. Assim, ciente das necessidades de desenvolvimento profissional e da responsabilidade inerente à profissão em responder sustentadamente aos desafios que se me apresentaram na prática, abracei este projeto formativo, com vista a aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com alterações cognitivas, considerando-as essenciais para a qualidade dos cuidados prestados. A assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação, em 2015, já havia considerado como prioritárias áreas de investigação em enfermagem de reabilitação, designadamente as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cognitiva (OE, 2015a).

As lesões cerebrais mais frequentes decorrem de doenças das artérias e veias, sendo as células nervosas particularmente vulneráveis, distinguindo-as de todas as outras (Caldas, 2000). As causas diretas mais relevantes do AVC agudo são devido a obstrução de um vaso por um trombo, a hemorragia, a embolia e a

isquemia cerebral transitória (Martins, 2002), sendo fatores de risco importantes a idade, o género e a etnia (não modificáveis) mas também a hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, hiperlipidémia, alcoolismo, obesidade e sedentarismo (modificáveis) (Ferro, 2006).

De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (PNDCCV, 2017), os dados estatísticos referentes a 2015 revelam que ocorreram, 5089 internamentos de pessoas com diagnóstico de AVC hemorrágico, dos quais 1236 não sobreviveram e 20.095 com diagnóstico de AVC Isquémico, sendo que destes 2329 faleceram. De acordo com a mesma fonte, as doenças cérebro-cardiovasculares são a principal causa de morte em toda a OCDE, contudo em Portugal os dados estatísticos revelam uma diminuição de 19,7% do número de óbitos por doenças cerebrovasculares (PNDCCV, 2017). Dados da World Stroke Organization (2016) revelam que 17 milhões de pessoas em todo o mundo sofreram AVC, das quais 6,5 milhões morreram e 5 milhões ficaram com incapacidade permanente. Estes dados evidenciam que o AVC e as sequelas que dele decorrem têm impacto a nível da pessoa, das famílias e da comunidade. A Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC, 2016) afirma que o estado de saúde em que os doentes se encontram, após três meses da ocorrência do AVC, determina a sobrevivência e a incapacidade a longo prazo. Ao fim de um ano, cerca de 30% das pessoas que tiveram um AVC acabam por morrer e 40% dos sobreviventes apresentam incapacidade. Sete anos depois, 20% das pessoas são autónomas, 16% têm incapacidade ligeira a moderada e as restantes apresentam incapacidade importante ou faleceram.

Segundo Tatemichi, Desmond, Stem, Paik, Sano & Bagiella (1994) o défice cognitivo é frequente após AVC e as funções cognitivas mais afetadas são memória, orientação, linguagem e atenção. O défice cognitivo em pessoas com diagnóstico de AVC tem consequências funcionais importantes, independentemente do compromisso motor existente. As intervenções de enfermagem de reabilitação dirigidas a pessoas com diagnóstico de AVC devem ter em consideração as alterações cognitivas e físicas que encerram incapacidade permanente ou transitória, produzindo impacto na pessoa, na sua família e na sociedade. Martins (2002) afirma que o AVC é uma fonte de stress, tanto para a pessoa como para a sua família e as sequelas, sejam elas mais ou menos prolongadas, impõem mudanças que inevitavelmente geram ansiedade

e necessidade de adaptação. A reabilitação, enquanto área de especialização, agrega um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que tem o seu enfoque em “ajudar as pessoas com doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência”, através de ações que promovam o autocuidado (AC), previnam as complicações e maximizem o potencial da pessoa (Regulamento nº 392/2019, p. 13565).

Orem define autocuidado como “uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar” (Tomey & Alligood, 2004, p.218). Para realizar a ação de autocuidado a pessoa necessita de habilidades nos domínios cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e no domínio comportamental (Petronilho, 2012). Sempre que ocorre um desequilíbrio num ou mais domínios e as necessidades da pessoa são superiores à sua capacidade de se autocuidar surge um déficit de autocuidado. Considerando a pessoa com diagnóstico de AVC com alteração cognitiva, é provável que a sua capacidade para o autocuidado esteja fortemente limitada, dependendo das possíveis alterações sensoriomotoras e cognitivas decorrentes da lesão. Perante esta situação o enfermeiro e a pessoa devem determinar e planear as intervenções que respondam às necessidades da pessoa, com vista à promoção do autocuidado. A teoria dos sistemas de enfermagem desenvolvida por Dorothea Orem oferece uma estrutura à prática de enfermagem que se adequa ao contexto de atuação do EEER, razão por que estruturei a minha prática de acordo com o seu referencial teórico.

A Teoria Geral do Déficit de Autocuidado em Enfermagem (TDAC) desenvolvida por Dorothea Orem pressupõe um processo contínuo de manutenção da saúde e gestão da doença, bem como a intervenção terapêutica do enfermeiro na substituição da pessoa incapaz de garantir o AC, potenciando a sua autonomia e independência.

O trabalho teórico iniciado por Orem em 1956, formalmente validado em 1967, antecede a teoria do déficit de autocuidado desenvolvida em 2001 e agrega três teorias: a *teoria do autocuidado*, a *teoria do deficit do autocuidado* e a *teoria dos sistemas de enfermagem*.

Orem fundamenta a ação do enfermeiro e os métodos de ajuda para colmatar o déficit de autocuidado da pessoa: agir ou fazer pela pessoa; guiar e

orientar; proporcionar ajuda física e psicológica; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem”, determinando como as pessoas, os enfermeiros ou ambos devem responder à necessidade de autocuidado, estando esses sistemas classificados em:

*Sistema Totalmente Compensatório*, ao qual pertencem todas as situações em que as pessoas são incapazes de se envolver no autocuidado, ficando dependentes de outras para sobreviver, nomeadamente as pessoas incapazes de se envolver em qualquer forma de ação deliberada (ex: as pessoas em coma); as pessoas conscientes com capacidade para observar, fazer julgamentos e tomar decisões sobre o autocuidado ou outros assuntos mas incapazes de realizar atividades que envolvam a manipulação e deambulação (ex: pessoas com tetraplegia); as pessoas que não tem capacidade para tomar decisões sobre o autocuidado mas conseguem deambular ou realizar algumas tarefas de autocuidado com orientação e supervisão (ex: pessoas com alterações cognitivas).

*Sistema Parcialmente Compensatório* quando o enfermeiro, a pessoa ou outros realizam tarefas de autocuidado que envolvem o deambular e as tarefas de manipulação. Nesta situação, a função do enfermeiro é compensar as limitações da pessoa, através da realização de algumas tarefas de autocuidado. Para realizar tais tarefas, a distribuição da responsabilidade entre o enfermeiro e a pessoa varia consoante as limitações, a condição de saúde ou prescrição médica, o conhecimento técnico-científico, as habilidades exigidas, bem como a motivação e a força da pessoa para aprender e desempenhar atividades específicas.

*Sistema de Apoio-Educação*, aplica-se a todas as pessoas que possuem capacidades para se autocuidar mas necessitam de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o desenvolvimento das atividades de AC.

Acontece sempre que a pessoa tem competências para executar o AC ou pode aprender as tarefas exigidas com terapêuticas orientadas, mas não pode fazê-lo sem assistência. As estratégias adotadas incluem apoio, orientação, ambiente facilitador do desenvolvimento e aprendizagem (Petronilho, 2012). Após o AVC, as necessidades variam de acordo com as alterações resultantes

da lesão e a avaliação da pessoa determina o sistema de compensação a ser utilizado, bem como as intervenções adequadas.

Com a finalidade de compreender as intervenções do EEER que contribuem para a reabilitação cognitiva da pessoa após o AVC, estabeleci como objetivo geral desenvolver competências específicas na área de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com alterações cognitivas.

Para a efetivação do mesmo, fixei cinco objetivos específicos:

- Desenvolver intervenções EEER na pessoa após AVC, considerando os princípios éticos, deontológicos e legais;
- Diferenciar o papel<sup>1</sup> do EEER nas equipas de enfermagem e interdisciplinar, compreendendo as suas dinâmicas e o funcionamento de acordo com o contexto;
- Desenvolver planos de intervenção que contribuam para reabilitação da pessoa com alterações cognitivas após AVC;
- Promover o autocuidado na pessoa após AVC, com recurso a estimulação cognitiva;
- Desenvolver intervenções que promovam o regresso a casa e à comunidade da pessoa após AVC e a articulação para a continuidade de cuidados.

Este relatório estrutura-se em cinco partes. Na introdução justifica a escolha da temática, a sua pertinência e o impacto da problemática a nível nacional, europeu e mundial. A segunda parte transmite os conceitos relevantes para a problemática em estudo, aborda as funções cognitivas, as alterações decorrentes do AVC e a evidência científica de relevo na intervenção do EEER, com destaque para a evidência obtida para as intervenções de regulação sensorial e ambiente enriquecido. Na terceira, apresentam-se as atividades desenvolvidas em contexto de estágio e uma análise reflexiva das aprendizagens alcançadas de acordo com as competências comuns de EE e específicas de EEER, bem como com os padrões de qualidade dos cuidados do EEER e os descritores de Dublin (DD).

---

<sup>1</sup> O papel do enfermeiro é um conjunto de comportamentos que dele se espera quando investido da posição de enfermeiro num sistema social; tal conjunto de comportamentos é fundamentado nos conhecimentos, habilidades e valores da profissão (Trevizan, Mendes, & Nogueira, 1987).

Na quarta parte é apresentada uma avaliação do percurso desenvolvido, os resultados obtidos, considerando os pontos fortes e dificuldades na implementação do projeto nos campos de estágio.

Por último, a conclusão apresenta as metas atingidas, durante este percurso e como os contextos de estágio promoveram oportunidades de aprendizagem que conduziram a concretização dos objetivos, coloca desafios para o futuro, evidenciando a relevância deste trabalho para a enfermagem e para a especialidade de reabilitação.



# **1 FUNÇÕES COGNITIVAS E ALTERAÇÕES DECORRENTES DE AVC**

Neste capítulo será abordado o funcionamento natural das funções cognitivas, as alterações das mesmas após o AVC e o modo como estas condicionam a funcionalidade da pessoa. Fundamenta-se a relevância do trabalho do EEER, relativamente à estimulação cognitiva e seu impacto no processo de reabilitação da pessoa com diagnóstico de AVC.

A cognição é uma complexa coleção de funções mentais que, entre outras, incluem atenção, percepção, compreensão, aprendizagem, memória, resolução de problemas e raciocínio que permitem ao homem compreender e relacionar-se com o mundo e seus elementos (Cardoso et al., 2004).

Damásio (2010) guia-nos numa reflexão sobre a consciência, afirmando que sem ela não podemos saber que existimos, quem somos e o que pensamos. Se a consciência humana não tivesse surgido, ainda que no início de uma forma modesta em seres vivos mais simples que nós, seria impossível desenvolver a memória, o raciocínio, a linguagem e a criatividade, sem os quais não teria havido música, pintura ou literatura, bem como esta complexa versão humana da consciência que conhecemos. A consciência é um estado mental em que temos conhecimento da nossa própria existência e da existência do que nos rodeia (Damásio, 2010).

Os hemisférios cerebrais direito e esquerdos albergam diferentes capacidades cognitivas. Após o AVC, o quadro clínico de cada pessoa varia em função da localização da lesão neurológica e da área afetada. As capacidades verbais e as que requerem uma análise minuciosa dos estímulos como a linguagem oral, a escrita, a leitura, o cálculo e memória verbal, localizam-se no hemisfério esquerdo. No hemisfério direito estão alocadas as capacidades não verbais e as capacidades que solicitam um processamento mais global dos estímulos como as referências espaciais, a memória de faces, visuoespaciais e musicais (Martins, 2006).

A atenção funciona como um distribuidor da atividade sensorial aos vários níveis da consciência<sup>2</sup> que em simultâneo processam a informação. Caracteriza-se por um processo complexo que implica a divisão de numerosas operações, faz parte da atividade sensorial e é imprescindível para a memória (Caldas, 2000). O hemisfério direito guarda as capacidades visuoespaciais, ou seja, o reconhecimento do espaço circundante, de trajetos, de estímulos visuais complexos, como a face humana e a atenção hemiespacial seletiva. As lesões deste hemisfério causam tipicamente alterações cognitivas como o Neglect que se caracteriza pela incapacidade em compreender, explorar e responder a estímulos presentes no hemicorpo esquerdo (Ferro & Pimentel, 2006).

O desenvolvimento da comunicação acompanha o dos sistemas sensoriais e motores que ocorreram com o desenvolvimento das espécies. O nível mais alto da comunicação é a linguagem inerente à espécie humana (Caldas, 2000), situando-se a área da fala no córtex cerebral esquerdo. Participam na linguagem duas áreas principais, a de Wernicke, área sensorial da fala que ocupa uma parte do lobo parietal, essencial para a compreensão e formulação de um discurso coerente. A área de Broca, área motora da fala que ocupa a parte inferior do lobo frontal e inicia as sequências mais complexas de movimentos necessários à fala (Seeley, 2007).

A alteração da linguagem após um AVC ocorre com alguma frequência, sendo a afasia uma desordem da produção ou compreensão da linguagem (Ferro, 2006), caracterizando-se por um conjunto de déficits linguísticos que afetam a comunicação, alteram a emissão e compreensão da fala em diferentes níveis, de acordo com as áreas do cérebro afetadas (Mansur et al., 2005). Ocorre assim um colapso da tradução bidirecional que estabelece uma correspondência entre pensamentos e linguagem, não conseguindo as pessoas com afasia converter com precisão as sequências de representações mentais não verbais que constituem o pensamento nos símbolos e na organização gramatical que integram a linguagem.

As imagens ou representações no pensamento não podem ser convertidas nas palavras e frases que as traduzem adequadamente, por outro

---

<sup>2</sup> Existem duas componentes fundamentais da consciência: Estado de Vigília - Corresponde ao nível mais elementar da consciência em que a pessoa reage de modo apropriado a estímulos verbais ou apropriados; Conhecimento da Consciência – Corresponde a avaliação da orientação da pessoa em relação a si próprio, ao tempo e ao espaço que a rodeia (Thelan et al., citada por Menoita, 2012).

lado a geração de imagens internas para coincidir com uma frase que é ouvida ou lida também está comprometida nas pessoas afásicas (Damásio, 1992).

A descrição anatómica das supras mencionadas áreas de Broca e Wernicke é uma descrição clássica que Damásio (2004) reconhece como correta, mas incompleta, porquanto não é aceitável a ideia de que essas duas áreas da linguagem sozinhas e interligadas entre si por uma via direta e unidirecional, traduzam pensamentos em palavras e vice-versa. As considerações atuais dos macrossistemas envolvidos no processamento da linguagem referem o envolvimento de muitas outras regiões cerebrais, ligadas por vias bidirecionais, formando sistemas que subsequentemente podem interagir entre si. Para (Ullman, 2004) a estrutura do cérebro e a natureza da sua evolução sugere que, apesar da sua singularidade, a linguagem provavelmente depende de sistemas cerebrais que também preservam outras funções.

A linguagem depende de um "léxico mental" memorizado e de uma "gramática mental", sendo a memória lexical dependente em grande parte do sistema de memória declarativa. A este sistema correspondem as memórias que estão acessíveis e podem ser evocadas através de palavras, referindo factos, nomes, datas e locais, sendo acedida pelo hipocampo e o núcleo amigdalino que lhe atribui tonalidade emocional (Seeley, 2007).

Os aspetos gramaticais dependem do sistema de memória processual que não pode ser evocada por palavras, mas por desenvolvimento de habilidades, como andar de bicicleta ou os reflexos condicionados, sendo armazenada maioritariamente no cerebelo e na área pré-motora do cérebro. Esta memória não é perdida ao longo do tempo e se ocorrer uma perda, será uma pequena parte (Seeley, 2007).

A memória sensorial é retida por um prazo muito curto, através de um estímulo recebido pelo encéfalo quando algo está a ser observado, avaliado ou executado.

A memória de curto prazo refere-se à informação que retemos por um período compreendido entre alguns segundos e alguns minutos, limitada pelo número de elementos de informação que podem ser armazenados num determinado momento, variável de pessoa para pessoa, é apagada sempre que a pessoa se distrai ou surge uma nova informação.

As alterações cognitivas ao nível da memória, após o AVC, manifestam-se por via da amnésia anterógrada que se caracteriza pela dificuldade em

adquirir novas informações, contudo as memórias que antecederam a lesão mantêm-se preservadas (Ferro, 2006). A amnésia retrograda surge quando a pessoa não se recorda de eventos anteriores à lesão, enquanto a amnésia lacunar acontece quando os eventos esquecidos se situam entre duas datas (Ostroski-Solis & Gutierrez, 2003).

De acordo com Gómez & Politis (2011) um déficit na memória de trabalho afeta a performance praxica. Os resultados do estudo que realizaram corroboram a importância da memória de trabalho na produção praxica e salientam a possibilidade de uma memória de trabalho específica para gestos.

A praxia é um conjunto de gestos previamente aprendidos, mais concretamente no seu planeamento e execução, ou seja, o engrama motor necessário à sua realização. A alteração desta função resulta na apraxia, ou seja, numa perda de autonomia que impede a pessoa de realizar atividades diárias, mesmo sem registar alterações motoras ou sensoriais (Ferro, 2006).

Ferro & Pimentel (2006) destacam as funções executivas do conjunto das funções nervosas superiores e atribuem-lhes relevo devido à sua participação nos nossos comportamentos, emoções, sensações e atividade cognitiva mais complexa, onde se impõe ponderação de múltiplos fatores (conceitos morais, regras sociais, princípios de justiça, aspetos emocionais, entre outros), como na tomada de decisões mais difíceis, análises de novas situações ou estratégia e planeamento de ações. As funções executivas são recrutadas quando uma pessoa está mergulhada numa atividade complexa e inovadora, permitindo planejar, sequenciar, organizar e supervisionar atividades orientadas por objetivos de uma forma flexível, de acordo com as situações e o ambiente. Vários estudos sugerem que o sucesso da comunicação de pessoas com afasia pode depender também das funções executivas para além da integridade da memória.

## **1.1 Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação**

Quando ocorre um AVC uma zona localizada no encéfalo é lesionada, produzindo sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área lesada (Ferro, 2006), levando à morte dos neurónios dessa zona. Embora com

características idênticas a todas as células do corpo, os neurónios funcionam de forma distinta e são particularmente sensíveis às alterações ocorridas à sua volta, são excitáveis, uma particularidade partilhada com as células musculares. Um neurónio possui uma extensão fibrosa (axónio) e na sua extremidade forma a sinapse que lhe permitindo enviar sinais a outras células e a outros neurónios. Concentrados maioritariamente no sistema nervoso central, enviam e recebem sinais ao corpo e ao mundo exterior. A atividade de pequenos circuitos organiza-se em grandes redes, capazes de criar padrões neurais que representam objetos e acontecimentos exteriores ao cérebro. No entanto, certos padrões representam também o processamento de outros padrões por parte do cérebro que mapeia o mundo em seu redor, bem como o seu próprio funcionamento, daí que o termo “mapa” possa ser aplicado a todos esses padrões representativos, simples ou complexos, concretos ou abstratos. Esses mapas são experienciados como imagens na nossa mente, sejam imagens de tipo visual ou imagens originadas em sentido auditivo, visceral ou tátil (Damásio, 2010).

Após um AVC, a recuperação é complexa e provavelmente ocorre por meio de uma combinação de processos espontâneos e dependentes de aprendizagem, incluindo a restituição (restaurar a funcionalidade de tecido neural), a substituição (reorganização de vias neurais parciais para reaprender funções perdidas) e a compensação (melhoria da disparidade entre as habilidades prejudicadas de uma pessoa e as exigências do seu ambiente) (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011).

Compete ao EEER criar, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, atendendo aos problemas reais ou potenciais da pessoa “(...) de forma assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividade de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (...)” (Regulamento nº 392/2019).

A reabilitação envolve um processo com várias etapas: avaliação para identificar e quantificar as necessidades da pessoa; estabelecimento de metas que define objetivos realistas e alcançáveis de melhoria; intervenção para auxiliar no alcance das metas; reavaliação para aferir o progresso em relação ao previamente estabelecido (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011).

A avaliação inicia-se com uma colheita de dados completa, com recurso ao processo clínico, semiologia clínica, exames auxiliares de diagnóstico, entrevista à pessoa e/ou família que deve ser associada a uma avaliação criteriosa da pessoa para identificar as alterações sensoriomotoras e cognitivas. A avaliação da pessoa implica uma avaliação do estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio, marcha e força muscular. Pode e deve ser complementada com escalas já desenvolvidas e utilizadas em muitos serviços, com evidencia da sua utilidade, sendo uma mais-valia na avaliação dos resultados esperados. A escala NIHss (Anexo IV) de AVC é utilizada em alguns serviços, nomeadamente em serviços de neurologia e/ou neurocirurgia, trata-se de uma escala que avalia 11 itens (nível de consciência, olhar conjugado, campos visuais, paresia facial, membros superiores, membros inferiores, ataxia de membros, sensibilidade, linguagem, disartria, extinção e desatenção).

A escala Mini Mental State Examination é utilizada e avalia 5 itens (orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem). A escala de Lower (Anexo II), utilizada nas instituições de saúde porque está integrada no SClínico, avalia a força em 5 níveis de força muscular, enquanto a Escala de Ashworth é utilizada para avaliação do tônus muscular. Também muito eficaz na deteção de neglect é a aplicação de testes gráficos, nomeadamente a prova de “barragem”.

Segundo Martins (2006), o plano de reabilitação da pessoa após o AVC deve ser implementado precocemente, preferencialmente entre as quarenta e oito e as sessenta e duas horas após o AVC. Algumas intervenções não devem ocorrer antes deste período de tempo como no caso da estimulação sensorial. Esta é uma intervenção que promove a organização cerebral por via da ativação do sistema ativador reticular ascendente (envolvido na regulação dos ciclos do sono em ações como o despertar e atua também filtrando os estímulos sensoriais), através de informação sensorial recebida dos seis sentidos: auditivo, visual, olfativo, tátil, gustativo e cinestésico. Os estudos realizados sobre esta intervenção evidenciam uma melhoria das funções cognitivas (Kaewsriwong et al., 2015; Torriani, et al., 2008; Johansson, 2012).

Quando se inicia estimulação sensorial, os impulsos nervosos gerados por estímulos externos e internos são enviados para o córtex cerebral, as respostas neuronais a esses estímulos irão reorganizar ou regenerar os axónios lesados, através da ativação dos neurónios não lesados e, desta forma, as fibras colaterais

são geradas ou ramificadas em todas as direções. A recuperação da lesão geralmente ocorre a um ritmo mais rápido e conseqüentemente acelera a recuperação das funções cognitivas (Kaewsriwong et al., 2015).

Um programa de regulação sensorial deverá ocorrer 72h após a lesão e mediante estabilidade hemodinâmica (Gerber,2005) (Cabral & Apolinário, 2008). A intensidade do tratamento e o intervalo de tempo entre a lesão e o início da reabilitação influenciam a recuperação da função nervosa (Borella & Sacchelli, 2009). A implementação de um programa desta natureza é tanto ou mais eficaz se for estruturado e obedecer a alguns fatores: intensidade, frequência, modalidade e intervalo de tempo entre as sessões (Wood, 1991).

Num estudo conduzido por Torriani, et al., (2008) foi correlacionada a estimulação motora e sensorial da região plantar hemiparética com o aumento do equilíbrio e sensibilidade das pessoas hemiparéticas após AVC, tendo os resultados demonstrado que tanto a estimulação sensorial quanto a motora (utilizadas isoladamente ou associadas) promovem o equilíbrio e aumentam a sensibilidade das pessoas hemiparéticas pós AVC.

A alteração da memória é um dos principais prejuízos cognitivos causados pelo AVC (Batista et al., 2019) e o treino de estratégia mnemónica de “face-name” tem potencial para melhorar o desempenho da memória e promover alterações da atividade cerebral, pelo recrutamento de área frontoparietal como um possível mecanismo de compensação. É um método específico que facilita a organização e associação de informações (um nome próprio para a respetiva face), aumentando a profundidade de processamento e codificação. O estudo evidenciou os benefícios de um treino mnemónico específico, sobre o funcionamento cerebral e o comportamento em pessoas com AVC isquémico do hemisfério esquerdo. Após o treino mnemónico, estas apresentaram uma distribuição das redes neurais que intervêm nas funções da memória, como áreas visuais, temporais, parietais e padrões neurais. A melhoria do desempenho foi associada ao aumento nas áreas contrárias à lesão, incluindo o córtex parietal superior, o giro supramarginal, o sulco intraparietal, o giro angular e o córtex occipital lateral. Estas regiões cerebrais estão envolvidas no processamento de operações cognitivas, incluindo controle de atenção, memória de trabalho, esquema e identificação de características faciais e podem estar relacionadas a um eficiente mecanismo de compensação.

Hoje reconhece-se que um ambiente enriquecido estimula vários processos neuro plásticos, tais como alterações estruturais (arborização dendrítica,

sinaptogénese e brotamento axonal), aumenta a atividade cerebral, angiogénese, neurogénese e libertação de fatores de crescimento (fator neuro trófico), proteína 43 associada ao crescimento (GAP43). É importante salientar que a regulação positiva dos processos e fatores de crescimento, mencionados anteriormente, desempenham um papel significativo na recuperação motora e cognitiva após o AVC isquémico. O ambiente enriquecido é multifacetado e incorpora um número de experiências comportamentais. Os mecanismos reguladores em resposta ao ambiente enriquecido ou em combinação com outros elementos (exercício e treino específico da tarefa) são discutidos em relação ao seu papel na promoção da recuperação após o AVC (Mcdonald, Hayward & Rosbergan, 2018). No estudo sobre comportamento de pessoas com AVC internadas numa unidade de reabilitação que foram submetidas a um ambiente enriquecido (Janssen et al., 2014) foram criadas áreas comuns com equipamentos estimulantes e enriquecimento individual, através do fornecimento de um kit pessoal para realização de diversas atividades, como música e hobbies. Foi concluído que o modelo de enriquecimento desenvolvido foi eficaz em aumentar a atividade e reduzir o tempo de inatividade em pessoas com AVC que se envolveram em mais atividades físicas, cognitivas e sociais.

A Terapia do espelho consiste num mecanismo baseado na observação da ação e proporciona uma recuperação da lesão cerebral, ao possibilitar a neuroplasticidade. Os seus mecanismos fisiológicos não estão bem claros, no entanto sabe-se hoje que está relacionada com o feedback visual e os efeitos de plasticidade neural nas áreas corticais e sensório motora. A terapia foi baseada na descoberta do mecanismo dos “neurónios espelho” que se encontram no córtex pré motor dos macacos. A terapia do espelho tem o objetivo de estimular áreas corticais através do feedback externo (espelho) e feedback interno (prática mental), restaurando a área lesada. O sistema de neurónio espelho é acionado quando se observam movimentos habilidosos, permitindo que uma pessoa veja o mundo na perspetiva do outro (Johansson, 2012).

Nos últimos anos, a tecnologia de realidade virtual (RV) tem vindo a ser utilizada em diferentes áreas do conhecimento, em especial nas ciências da saúde. (Cardoso et al., 2004) desenvolveram um protocolo de Reabilitação cognitiva para a reabilitação das funções executivas, memória, atenção e cálculo que utiliza a navegação num supermercado e numa casa virtual. Os resultados iniciais do estudo revelam que as pessoas aceitaram a tecnologia, sentiram-se motivados a



trabalhar com o computador e cumpriram a maioria das tarefas propostas pelo ambiente. As qualidades multissensoriais e espaciais destes ambientes constituem-se uma mais-valia. No caso específico das alterações cognitivas, a RV é um interface próximo da realidade que diminui a barreira existente entre a pessoa e as tarefas diárias, diminuindo o medo do erro. Verificou-se que os ambientes virtuais são ferramentas valiosas para a reabilitação de funções executivas, não apenas pelos resultados clínicos desta intervenção, mas também pela satisfação das pessoas na utilização destes recursos. Os mesmos favorecem tarefas específicas para treinar funções cognitivas necessárias para a realização das atividades de vida diária, assim a como a utilização de cenários e situações da vida real, nomeadamente fazer compras num supermercado, aumentando o empenho da pessoa na atividade. As principais características deste ambiente foram definidas a partir do estudo dos procedimentos neuropsicológicos para tratamento de diferentes tipos de desordens cerebrais. Este ambiente explora algumas tarefas tradicionais sob um foco cognitivo que aborda cada função específica: atenção, memória, planeamento e cálculo, em tarefas que mantêm relação com as tarefas realizadas pelas pessoas nas suas atividades de vida diária no “mundo real”.

## **2 ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Este capítulo tem como propósito apresentar a análise crítica das atividades desenvolvidas nos campos de estágio e a reflexão sobre as aprendizagens que permitiram alcançar as competências preconizadas pela OE para o EE e EEER, bem como os PQCER e os DD.

Esta análise será realizada em dois subcapítulos, o primeiro descreve e analisa as atividades desenvolvidas com vista à aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista. O segundo analisa e descreve as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências específicas de EEER, de acordo com os objetivos estabelecidos no projeto de estágio (apêndice VIII).

O objetivo geral do projeto estabelece: desenvolver competências de enfermeiro especialista na área de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com alterações cognitivas. Para alcançar este objetivo foram traçados, cinco objetivos específicos e respetivas atividades que permitiram a concretização do mesmo.

### **2.1 Análise Crítica para Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Tendo em conta a especificidade de cada campo de estágio, as atividades desenvolvidas foram cuidadosamente e oportunamente adaptadas, permitindo usufruir de um leque mais abrangente e diversificado de oportunidades de aprendizagem. Para concretizar o objetivo específico que consiste em desenvolver intervenções EEER à pessoa após AVC, considerando os princípios éticos, deontológicos e legais, mantive presente os deveres profissionais estabelecidos nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem dedico o meu cuidar, assim como as responsabilidades inerentes à profissão de enfermagem. Orientei a minha conduta de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, segundo o artigo 79º “Dos deveres deontológicos em geral”, o enfermeiro assume o dever de:

- a) “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão”;
- b) “responsabiliza-se pelas decisões que toma pelos atos que pratica ou delega”;

c) “defende a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de competência profissional (Nunes, 2005, p.77).

Nos dois contextos de estágio, estabeleci uma relação terapêutica<sup>3</sup> com a pessoa/ família, de parceria e confiança com as pessoas a quem prestei cuidados. Durante a colheita de dados, realizei a avaliação inicial que contempla o *habitus*<sup>4</sup> da pessoa alvo de cuidados, junto das famílias e do próprio, informando sempre do objetivo desta avaliação, solicitei o consentimento informado para efetuar as intervenções e assegurei junto dos mesmos o meu dever de sigilo profissional e respeito pela individualidade, crenças e valores, abstendo-me de juízos de valor. A elaboração dos planos de intervenção, sustenta-se em conhecimentos fundamentados na evidência científica e literatura de relevância que se refletem no planeamento e na tomada de decisão realizado em todos os momentos da prestação de cuidados.

Um exemplo desta realidade é o caso da Sra. A.F.B. (apêndice III) para a qual, durante a intervenção do programa de regulação sensorial, desenvolvi e implementei um plano de intervenção com o seu consentimento prévio. Nesta situação, foram solicitados a família os objetos pessoais, para a realização do autocuidado a fim de manter as suas preferências e individualidade, foi concedido tempo necessário para a senhora executar a tarefa proposta, respeitando a sua vontade e privacidade em todos os momentos da prestação de cuidados, garantindo a confidencialidade da situação clínica em todos os documentos redigidos. A família e a pessoa não manifestaram crenças espirituais, contudo foram respeitados os seus valores e costumes. Ao longo do estágio surgiram alguns desafios, de domínio técnico, mas também teóricos nomeadamente no aperfeiçoamento das técnicas de mobilização, estratégias de comunicação e interpretação da comunicação não verbal que impuseram a necessidade de aprofundar conhecimentos. Considero que o investimento individual do enfermeiro na atualização constante de conhecimentos para o

---

<sup>3</sup> A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza--se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (OE, 2001).

<sup>4</sup> Palavra latina, traduz a noção grega *hexis* utilizadas por Aristóteles para designar características do corpo e da alma adquiridas em um processo de aprendizagem. Bourdieu,(1963, 1972), o conceito de habitus surge da necessidade empírica de apreender as relações de afinidade entre o comportamento dos agentes e as estruturas e condicionamentos sociais, (Setton, 2002).

desenvolvimento de competências profissionais contribui para uma maior efetividade da sua intervenção.

Lê-se no artigo 88º do Código Deontológico relativamente à busca pela excelência do exercício profissional que o enfermeiro assume o dever de: “c) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2005, p.133).

Quando iniciei a primeira fase do estágio na UCC, o primeiro turno ocorreu antes da consulta dos processos das pessoas em programa de reabilitação, considerei que esta primeira abordagem seria um momento privilegiado para proceder à observação de diversos aspetos, nomeadamente o ambiente familiar, a interação do doente com o meio (família e profissionais de saúde) e os recursos que a família dispõe. Sublinho que esta primeira abordagem também foi importante para testar os conhecimentos teóricos já adquiridos e mobilizá-los para a prática, mais concretamente para a avaliação das necessidades do doente e identificação das limitações. Atendendo a que não obtive conhecimento prévio das necessidades da pessoa e da família, este momento constituiu-se um desafio.

Nesta primeira abordagem senti dificuldades em identificar a alteração cognitiva subjacente ao desempenho comunicacional do Sr. J.A.R., pois não foi claro e que estava perante uma afasia, colocando dúvidas se estaria presente uma alteração da memória, da linguagem ou das funções executivas ou se estas funções cognitivas estariam em simultâneo a convergir para o cúmulo de sinais e sintomas observados. Se por um lado esta dificuldade fez emergir um sentimento de frustração, por outro impulsionou-me a pesquisar e procurar respostas para as dúvidas e questões surgidas. Este episódio deu origem a uma pesquisa bibliográfica abrangente e a realização de um jornal de aprendizagem (apêndice I) que fundamenta o artigo 88º “Da excelência do exercício” considerando este um caminhar permanente e não uma meta absoluta (OE, 2005).

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências comuns de EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

— A.1.1.” demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”;

- A1.2. “suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”;
- A.1.3. “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área de especialidade;
- A.2.1. “promove a proteção dos direitos humanos”
- A.2.2 “Gera na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança e a privacidade ou a dignidade do cliente” (Regulamento nº140/2019, p.4746);

No domínio da melhoria da qualidade:

- B3.1.” promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (Regulamento nº140/2019, p. 4747);

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- D1.1 “detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- D2.2 “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (Regulamento nº140/2019, p.4749);

Em relação aos PQCER, os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação do cliente” (OE, 2011, p.5), “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2011, p.6).

Relativamente aos DD (Joint Quality Initiative, 2004), procurei aprofundar conhecimentos com recurso a evidencia científica e melhorar as capacidades de compreensão desenvolvendo desta forma, competências de autoaprendizagem. Assim foi possível realizar julgamentos e tomar decisões fundamentadas nas intervenções junto de pessoas e suas famílias.

Para concretizar o objetivo: diferenciar o papel do EEER nas equipas de enfermagem e interdisciplinar, compreendendo as suas dinâmicas e o funcionamento de acordo com o contexto, numa fase anterior ao estágio realizei uma visita<sup>5</sup> prévia aos serviços, com entrevista aos EEER orientadores de

---

<sup>5</sup>A visita ao serviço de especialidades medicas, foi realizada uma semana antes do início do estágio e posteriormente à entrega do projeto.

estágio, o que permitiu elaborar a caracterização destes locais, a sua estrutura física, a constituição da equipa interdisciplinar a sua dinâmica, a população-alvo e a filosofia de cuidados. Contudo, a visita e a caracterização dos locais, foi apenas o primeiro passo na busca do papel diferenciado do EEER, a compreensão do mesmo foi-se constituindo continuamente ao longo dos estágios.

O início do estágio marcou uma nova fase no processo de formação, acrescentou novos desafios de natureza profissional e pessoal, obrigando a adoção de estratégias que permitissem ultrapassar as dúvidas, os receios, bem como o stress acrescido da articulação necessária para fazer face as exigências da vida profissional, familiar e pessoal, tendo sido fundamental o apoio da professora orientadora e enfermeiros orientadores. Não menos relevante para este processo foi a integração de toda a informação disponibilizada, referente aos serviços, pois quanto mais conhecimento dispunha, mais aumentava a minha confiança o que conduziu à dissipação gradual destes aspetos ao longo dos estágios.

Essa informação foi obtida com execução de atividades previamente elaboradas, como observação da organização, da articulação das equipas de enfermagem e interdisciplinar, da consulta de manuais de procedimentos nomeadamente: “Manual de acolhimento e integração” e “Programa de reabilitação respiratória nos cuidados de saúde primários” e outros documentos relevantes dos serviços, a Identificação dos instrumentos de colheita de dados, a identificação dos instrumentos de registos utilizados nos serviços, a identificação dos recursos materiais e a participação nas reuniões de enfermagem e interdisciplinares.

A rede nacional de cuidados continuados integrados tem como propósito prestar cuidados continuados de saúde e apoio social que capacitem os utentes para promover a sua autonomia e melhoria da funcionalidade. A equipa de enfermagem de reabilitação pretende com a sua ação aumentar a capacidade funcional da população abrangente de acordo com o seu potencial e projeto de vida e em concordância com os recursos do meio envolvente.

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte o EEER, os enfermeiros generalistas, o psicólogo, a assistente social, a administrativa, a fisioterapeuta, a terapeuta da fala e o médico. O EEER articula-se com os enfermeiros de cuidados gerais da USP e USF, dispondo de 20h

semanais de cuidados diretos especializados e dedicando aproximadamente uma hora a cada pessoa. O funcionamento é das 9h às 16h, de 2ª a 6ª feira e as visitas domiciliárias realizam-se maioritariamente no período da manhã. A dotação é de cinquenta utentes que em média são seguidas por um período de 190 dias. A equipa reúne semanalmente para discussão de casos e novas referências, atribuídas de acordo com a disponibilidade do EER. A pessoa, a família e/ou cuidadores informais são o foco da atenção e a unidade de intervenção.

A referência destas pessoas é efetivada pela RNCC, sendo um dos critérios a presença de familiar/ cuidador, de modo geral bastante presentes, facilitando a preparação da alta a partir do primeiro dia. As pessoas referenciadas para reabilitação apresentam diferentes patologias, as mais comuns são AVC, DPOC, demências e politraumatismos. A idade das pessoas em tratamento oscila entre os quarenta anos e os oitenta e seis anos. Os recursos materiais são insuficientes, sendo necessário fazer adaptações, com objetos do dia-a-dia, na realização das intervenções planeadas. Na avaliação das pessoas são aplicadas as escalas de avaliação disponíveis no programa Sclenic: escala de Lower (Anexo II) escala Glasgow, escala de Braden e escala de Ashworth.

Consultei os documentos relevantes sobre o funcionamento da unidade, o que permitiu ter uma ideia global da abrangência da intervenção da UCC e dos programas que desenvolve, bem como da sua participação na comunidade. Durante as primeiras semanas de estágio, apresentei o projeto e informei a equipa multidisciplinar dos objetivos, sendo este um momento-chave, na medida em que houve espaço para colocar questões, sobre o projeto e especificidade do tema. O projeto foi bem acolhido em ambos os campos de estágio, contei com a participação das equipas e do seu apoio, durante a minha permanência nos serviços.

Na UCC propus a divulgação de um artigo no âmbito da formação, sobre “importância do enriquecimento do ambiente” (apêndice VI), após identificar as necessidades e interesses de formação da equipa. A equipa da ECCI atende diariamente pessoas com alteração da cognição, motivada e sensibilizada para esta problemática, manifestou interesse em aumentar os seus conhecimentos sobre intervenções que podem melhorar a vida destas pessoas e contribuir para maximizar a sua funcionalidade. Esta apresentação (apêndice VI) foi

reconhecida pela equipa como uma mais-valia. Ao longo do estágio foi possível constatar este facto, uma vez que solicitaram em várias situações, apoio no desenvolvimento de estratégias para promover a implementação de algumas intervenções que contribuíssem para o enriquecimento do ambiente, no dia-a-dia das pessoas e suas famílias, bem como validação das intervenções já implementadas.

A UCC desenvolve projetos junto da comunidade, o que possibilitou a participação em duas ações de ensino para a saúde. A primeira consistiu em visitar uma escola primária para uma sessão de ensino sobre a importância da escolha adequada das mochilas e o peso das mesmas na alteração da postura e as lesões decorrentes da mesma. Esta visita foi realizada por mim e pela fisioterapeuta que integra a equipa multidisciplinar da unidade. A mochila é a forma mais utilizada no transporte do material escolar, sendo essencial que haja cuidados com a carga e o modo como é transportada pela criança. Um estudo analisado sobre este tema não sustenta a recomendação de que o peso da mochila escolar não deve exceder 10% do peso corporal, uma vez que cargas inferiores também ocasionaram alterações posturais (Ries et. al., 2012).

A sessão decorreu sem intercorrências. As crianças são um público singular e exigente, a fim de manter a atenção e a concentração foram convidados alguns alunos a serem modelos, a estratégia abordada foi de manter a dinâmica, o que revelou eficiência na sensibilização das crianças para a problemática.

A segunda visita foi ao quartel de bombeiros, integrada no projeto “à saúde na comunidade” para a divulgação de plataforma do SNS, mais concretamente o Registo Saúde Eletrónico (RSE) que permite o registo e partilha de informação clínica entre o utente, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de Saúde. É constituído pela Área do Cidadão, Área do Profissional e Área Institucional. A Área do Cidadão é destinada aos utentes, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Na secção “A minha saúde”, o utente passa a ter um papel ativo na manutenção, promoção e melhoria do seu estado de saúde e, conseqüentemente, um atendimento mais eficaz e seguro.

Realizei visitas domiciliárias com colegas generalistas, tendo a minha participação contribuído para a melhoria e continuidade dos cuidados, prestando esclarecimentos à família e profissionais de saúde, nomeadamente



na importância dos posicionamentos e na correta postura de quem os executa (família, equipa de assistência familiar e enfermeiros). A alternância de decúbitos e o posicionamento em padrão antiespástico é fundamental para proporcionar conforto e bem-estar, prevenir alterações músculo-esqueléticas, manter a integridade cutânea, alternar o campo visual e integrar o esquema corporal (Johnstone, 1979). É da competência do EE atuar na dimensão da educação dos clientes e dos pares, bem como na orientação e no aconselhamento (Regulamento nº140/2019, p.4744); O serviço de especialidades médicas agrega as especialidades de nefrologia, oncologia e neurologia, existem 20 camas distribuídas por 7 quartos e uma unidade via verde AVC com 4 camas. O serviço conta com 32 enfermeiros, 6 EEER entre os quais a enfermeira gestora. Destes, apenas um exerce a sua especialidade que alterna com funções de gestão. A metodologia de trabalho implementada é a de cuidados de enfermagem individuais<sup>6</sup>.

O estágio hospitalar ofereceu-me uma perspetiva diferente, da antes experienciada na comunidade. A pessoa numa fase aguda da sua doença beneficia de um diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação que asseguram a manutenção das capacidades funcionais e previnem complicações, bem como intervenções terapêuticas, com vista a melhoria e manutenção das funções residuais, a fim de recuperar ou manter a sua independência (Regulamento nº 392/2019, p. 13565). Por conseguinte, a dinâmica entre a equipa multidisciplinar e o EEER deve ser coordenada e aceite por todos. Tive o privilégio de observar a atuação do EEER, trabalhar com uma equipa em que o papel diferenciado do ER é reconhecido por todos, facto que facilitou a minha integração e aceitação dos cuidados por mim promovidos para dar resposta aos meus objetivos e fazer face as necessidades da pessoa. O ER presta cuidados especializados, maioritariamente às pessoas com patologia neurológica. Na Unidade de AVC o ER avalia a pessoa, concebe e implementa o plano de reabilitação e após transferência para a enfermaria, dá continuidade ao plano de reabilitação. O acompanhamento é realizado em simultâneo pelo EEER e pelo fisioterapeuta e/ou terapeuta da fala, esta coexistência de cuidados

---

<sup>6</sup> Baseiam-se no conceito de cuidado global e implicam afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço (Pinheiro, 1994).

requer uma boa dinâmica de equipa e uma comunicação eficaz, para maior benefício da pessoa.

Considero que a comunicação foi um fator determinante para o sucesso da minha integração na equipa interdisciplinar. A capacidade comunicacional, assente na relação terapêutica, foi crucial para estabelecer uma relação com a pessoa/ famílias/ equipa e contribuiu para o sucesso dos planos de cuidados de reabilitação que desenvolvi e implementei.

Deste modo, entendo que as atividades realizadas permitiram o desenvolvimento das competências comuns de EE, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

— A1.3. “lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade (Regulamento nº140/2019, p.4746);

No domínio da melhoria da qualidade:

— B2.2. “Planeia programas de melhoria contínua”;

— B2.3. “Lidera programas de melhoria” (Regulamento nº140/2019, p.4747).

No domínio da gestão dos cuidados:

— C1.1. ”optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada da decisão” (Regulamento nº140/2019, p.4748);

— C2.2. “adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

— D1.1. “detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”;

D1.2. “gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional”;

— D2.1 “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”;

— D2.2 “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

Em relação aos PQCER, os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foi na organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação: “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro

especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2011, p.14).

Relativamente aos DD (Joint Quality Initiative, 2004), considero que desenvolvi competências a nível de conhecimento e capacidade de compreensão, uma vez que procurei conhecer a dinâmica dos serviços e compreender a relações multidisciplinares ao nível interno e da comunidade. Aprofundei competências de comunicação, essenciais para estabelecer relações profissionais e terapêuticas.

Durante o ensino clínico e a realização do presente relatório fui tomando consciência de que o projeto inicial (apêndice VIII) e os objetivos elaborados, não espelhavam todas as atividades desenvolvidas, proporcionadas pelos contextos de estágio, todavia concorreram para o desenvolvimento de competências. No decorrer do estágio realizado na UCC, senti necessidade de complementar o instrumento de registos de enfermagem (SClinico Hospitalar) com diagnósticos e intervenções no domínio da cognição, a fim de registar a evolução das pessoas com alteração cognitiva. Sendo que o meu projeto incidia nesta problemática, entendi que seria importante incorporar diagnósticos e respetivas intervenções para dar resposta a esta necessidade relevante que pode refletir o trabalho desenvolvido, constitui uma mais-valia para os EEER e para o serviço, uma vez que permite a continuidade dos cuidados e consequente avaliação dos resultados esperados das intervenções implementadas.

A enfermeira orientadora concordou com a pertinência da inclusão dos diagnósticos, pelo que consultei diversos documentos de referência, designadamente “o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidades de enfermagem de reabilitação” emanado pelo colégio da especialidade de reabilitação, tendo concluído que os diagnósticos mais pertinentes configuram a cognição comprometida, cujos dados obrigatórios são o compromisso da memória (dificuldade em reter ou evocar informação) e o compromisso de outra função cognitiva (orientação, atenção, cálculo, pensamento, linguagem e habilidades construtivas).

Intervenções para a cognição comprometida: ensinar sobre estratégias de estimulação da cognição, instruir sobre técnicas auxiliares de compensação da memória, executar estimulação cognitiva, executar treino cognitivo, vigiar

cognição (dados do indicador). Os registos do EEER traduzem a intervenção e evidenciam a atividade e a pertinência do EEER nas equipas multidisciplinares. A extração dos indicadores à posteriori, suportam a evidência dos ganhos em saúde. Os EEER necessitam de documentar o processo de tomada de decisão, são responsáveis pela produção e gestão de informação que influenciam direta ou indiretamente a qualidade e os resultados dos cuidados de reabilitação prestados (OE, 2015 p.2).

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências comuns do EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

— A1.4 “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (Regulamento nº140/2019, p.4746);

No domínio da melhoria da qualidade:

— B2.1 “Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes da Estrutura, Processo e Resultado”;

— B2.2 “planeia programas de melhoria continua” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4747);

No domínio da gestão de cuidados:

— C1.1. “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”;

— C2.1” otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (Regulamento nº140/2019, p.4748);

Relativamente aos DD (Joint Quality Initiative, 2004) desenvolvei competências ao nível da Aplicação de conhecimentos, uma vez que apliquei informação relevante para a evidencia do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista.

## 2.2 Análise Crítica para Aquisição de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

No que concerne ao objetivo específico: desenvolver planos de intervenção que contribuem para reabilitação da pessoa com alterações cognitivas após AVC, considero que talvez seja o objetivo que estabeleceu o maior desafio da jornada. Ainda numa fase inicial do estágio, em diversas situações verifiquei que a intervenção implementada tem uma dupla finalidade, servindo mais que um propósito, contribuindo para a reabilitação cognitiva e em simultâneo para a reabilitação motora e sensorial.

Numa fase inicial senti alguma dificuldade no planeamento das intervenções, o que motivou a realização de uma pesquisa mais abrangente para responder às dúvidas que a prática revelou. Através do diálogo com os enfermeiros orientadores e o apoio e orientação da professora, foi possível delinear um caminho que facilitou a compreensão das intervenções e a elaboração dos planos de reabilitação aplicados aos utentes que acompanhei em contexto hospitalar.

A reabilitação cognitiva suporta-se na capacidade de plasticidade do cérebro, ou seja, a capacidade de substituir circuitos cerebrais lesionados por circuitos anexos intactos através de estímulos comportamentais. Este fenómeno constitui-se na plasticidade cerebral que pode ser explorada na reprogramação das redes neurais e contribuir para a diminuição das lesões cerebrais (Cardoso et al., 2004). O modo como as pessoas percebem o mundo social à sua volta e como reagem a ele, no que concerne a classe social, religião, nacionalidade, etnia, educação ou profissão define-se como o “*habitus*” que reflete a realidade vivida das pessoas socializadas, a sua experiência individual e oportunidades. Assim, o *habitus* representa a forma como a cultura de grupo e história pessoal moldam o corpo e a mente e subsequentemente a ação social no presente (Omar, 2004).

No planeamento dos planos de intervenção de reabilitação dos utentes que cuidei, assumi como imprescindível considerar o *habitus*, uma vez que este não é possível dissociar da identidade própria de cada um, tornando-se assim uma ferramenta preciosa para definir os estímulos que podem ser uma mais valia para alcançar os melhores resultados possíveis na reabilitação da pessoa com

AVC com alteração cognitiva. Considerei explorar o *habitus* dos utentes, realizando uma colheita de dados mais profunda, contribuindo para o envolvimento das famílias, permitindo planejar sessões de estimulação cognitiva, através de um programa de regulação sensorial.

Em contexto hospitalar concebi e implementei planos de reabilitação que incluem programas de regulação sensorial (apêndice IV) iniciados com estímulos de intensidade e duração progressiva. Um exemplo prático desta realidade é o caso da Sra. A.B.F. que apresentava diagnóstico: paresia facial em grau moderado e diagnóstico de memória comprometida em grau reduzido. Um dos objetivos do plano de cuidados de reabilitação foi promover a simetria da face e fortalecer os músculos. Uma das intervenções para dar resposta foi a realização de sessões de massagem facial, esta foi executada lentamente com pressão profunda, em toda a face. O efeito circulatório da massagem eleva o metabolismo celular e estimula o trofismo muscular, os recetores proprioceptivos e preserva o esquema corporal da face (Gomez, Vasconcelos, & Moraes, 1999). A massagem foi realizada com o creme facial da própria, para intervir além da área motora, ou seja, ao nível cognitivo estimulando a memória através da regulação sensorial olfativa e cinestésica. As intervenções podem incidir sobre diferentes problemas, desde o alívio de um compromisso específico à melhoria de atividade e participação (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011). Num segundo momento a massagem facial foi realizada nas mesmas condições, mas frente ao espelho, introduzindo o estímulo visual. Gradualmente, ao longo das sessões foram acrescentados estímulos, tendo sempre em consideração a avaliação da sessão anterior. A avaliação das sessões centrou-se na avaliação dos sinais vitais, expressões faciais, movimentos e coordenação. Para tal foi utilizada a folha de registos desenvolvida no trabalho anteriormente realizado por Pinto, Seixas & Silva, (2017). (anexo I).

Atendendo ao funcionamento do nosso cérebro e a sua capacidade neuroplástica, têm surgido vários estudos que confirmam os benefícios da estimulação sensorial por via da regulação sensorial, em conjunto com o ambiente enriquecido, sobretudo em doentes com alteração da consciência. Também tem vindo a ser utilizada na reabilitação da pessoa após AVC, com reconhecido sucesso na promoção do processo de reabilitação da pessoa com AVC (sensorio-motor e cognitivo) no despertar da consciência quando alterada, na promoção do conforto e na influência do estado emocional e motivação para

o processo de recuperação (Pinto, Seixas & Silva, 2017). Contudo, em ambiente hospitalar este enriquecimento do ambiente está longe de ser uma prioridade e, enquanto estudante, promovê-lo não foi uma tarefa fácil. Procurei em conjunto com a família, de acordo com as regras da instituição, disponibilizar à utente alguns objetos pessoais que favorecessem este processo, tais como roupa, produtos de higiene, fotografias dos familiares, animais de companhia, revistas e o telemóvel pessoal.

Comparativamente ao contexto hospitalar, o enriquecimento do ambiente em contexto domiciliário é uma tarefa mais acessível, para a qual a motivação das famílias é uma ajuda preciosa, como aconteceu no caso do Sr. J.A.R. que sofreu um acidente de viação grave, com consequente TCE e posteriormente um AVC com grave compromisso cognitivo a nível da memória, da linguagem e funções executivas. Disponha de estímulos, visuais e tecnológicos, mas também do estímulo dos filhos que o desafiavam com jogos de tabuleiro e tardes com sessões de música.

Aproveitando o acesso as tecnologias que a família dispunha, realizei uma pesquisa sobre aplicações para estimular a linguagem e selecionei a app “talk Around, in Portuguese” que dispõe uma versão experimental gratuita, permitindo à família testar, explorar e avaliar a sua eficácia. A família avaliou a aplicação como muito útil e referiu a possibilidade de adquirir a versão integral da aplicação. Com esta app o utente pode ler e ouvir a palavra, repetindo-a depois de forma autónoma. Tendo em conta que o cuidador não necessita de estar sempre presente para o treino da linguagem, a cuidadora principal (a esposa) ficou liberta para outras tarefas diárias. Esta família já havia desenvolvido um trabalho notável, com alguns resultados, pelo que a intervenção incidiu na manutenção dos ganhos já alcançados e maximização do potencial da família, incentivando a continuidade do trabalho até aqui realizado, com o estímulo de uma nova ferramenta.

As pessoas de quem cuidei que sofreram AVC apresentavam múltiplos compromissos, sensoriomotor e cognitivo. Os planos de cuidados que elaborei (em apêndices I e III) refletem em detalhe as intervenções realizadas, designadamente mobilizações passivas e ativas, ativas assistidas e ativas resistidas. As mobilizações foram efetuadas bilateralmente, tendo em conta os benefícios do treino bilateral. Segundo Borella & Sacchelli, (2009), o planeamento e execução de movimentos bilaterais podem facilitar a plasticidade

neural por três mecanismos: (a) desinibição do córtex que permite maior uso das vias poupadas no hemisfério danificado; (b) aumento do recrutamento de vias ipsilaterais para suplementar as vias cruzadas danificadas do hemisfério contralateral; (c) aumento da regulação dos comandos descendentes.

Foram realizados posicionamentos sempre em padrão antispástico nos decúbitos dorsal, lateral para o lado menos afetado e lateral para o lado afetado. Junto das famílias, em contexto domiciliário, realizei ensinamentos quanto ao posicionamento, necessidade e importância da alternância de decúbitos. Na maioria das visitas, embora a família tivesse conhecimento da técnica correta, verifiquei que o posicionamento do Sr. J.A.R. não era o mais correto, pois (des)posicionava-se com regularidade. O cumprimento do posicionamento era dificultado devido à alteração da memória e da linguagem, uma vez que nem sempre compreendia ou se lembrava da relevância da intervenção. Adotei a estratégia de enumerar todos os passos durante o posicionamento e incentivar o Sr. J.A.R. a verbalizar os mesmos. Nas últimas visitas, verifiquei que a enumeração dos passos do posicionamento, já era esperado, contudo mantinha-se a dificuldade em recordar a ordem dos mesmos e a verbalização só ocorria como repetição.

Foram também realizadas atividades terapêuticas que são de grande relevância na capacitação para autocuidado (Johnstone, 1979) e têm por base o desenvolvimento motor adquirido pelos bebês: rolar, sentar, ficar na posição ortostática e marcha, exigindo repetição constante.

Rolar ajuda a controlar e inibir a espasticidade extensora, favorecer o alinhamento corporal, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, reeducar o reflexo postural do lado afetado e estimular a sensibilidade.

Ponte previne a rotação externa do membro inferior, inibe a espasticidade em extensão do membro inferior afetado, facilita a elevação da bacia, ativa a musculatura do tronco do lado afetado, estimula a sensibilidade postural, fortalece os músculos para passar à posição ortostática e evita a marcha helicópede.

Rotação controlada da anca ajuda no controle da articulação e prepara a pessoa para sentar.

Carga no cotovelo do lado mais afetado aumenta o tônus da musculatura do extensor do membro superior afetado, estimula os reflexos cervicais, ajuda



no controle dos movimentos da cabeça, estimula a sensibilidade profunda, estimula a ação voluntária dos músculos do tronco do lado mais afetado e prepara a posição sentada.

Automobilização ajuda a tomar consciência da mão mais afetada, mantém o membro superior em padrão antispástico proporcionado a extensão e abdução dos dedos a extensão do cotovelo e a elevação da escapulo-femoral.

Exercícios de equilíbrio (reeducação do mecanismo do reflexo postural; inibir a espasticidade; estimula a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior; estimula a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado; prepara para a marcha).

Facilitação cruzada (estimula sensibilidade corporal; estimula a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado; reeducação do reflexo postural; reintegrar o esquema corporal; facilitar o autocuidado).

As atividades acima referidas, integradas nos planos de cuidados que foram implementados e avaliados, satisfazem inúmeros objetivos de reabilitação, particularmente na tomada de consciência do membro afetado como parte integrante do corpo e que pode influenciar a plasticidade cerebral (Menoita, 2012). Alguns estudos sobre neuroplasticidade derivam do conceito de que nas conexões neuronais cerebrais saudáveis e mapas corticais são continuamente remodelados pela experiência e pelo desempenho de movimentos específicos, intensivos e complexos usados para resolver problemas motores e atingir objetivos (Fisher & Sullivan, 2001).

Relativamente às competências específicas do EEER, desenvolvi:

- J1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” (Regulamento nº 392/2019, p. 13566);
- J1.2. “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”;
- J1.3. “implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório da alimentação da eliminação e da sexualidade”;
- J1.4. “avalia os resultados das intervenções implementadas” (Regulamento nº 392/2019, p. 13567);

- J2.1. “Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida” (Regulamento nº 392/2019, p. 13567);
- J3.1. “concebe e implementa programas e treino motor e cardio-respiratório”.
- J3.2 “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados” (Regulamento nº 392/2019, p. 13568).

Em relação aos PQCER, os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foram:

- “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação persegue os mais elevados níveis de satisfação do cliente” (OE, 2011:7, p5).
- “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo de potencial em saúde” (OE, 2011:8, p.6).
- “na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/ complementa as atividades de vida relativamente as quais o cliente é dependente” (OE, 2011:10, p.8).

Relativamente aos DD (Joint Quality Initiative, 2004) desenvolvi competências ao nível da Aplicação de conhecimentos, uma vez que coloquei em prática a teoria previamente adquirida sobre intervenções estabelecidas nos planos de cuidados e compreensão do impacto dos resultados alcançados. Desta forma foi possível avaliar as situações e tomar decisões sustentadas, aplicando estratégias de comunicação facilitadoras da relação terapêutica.

Para satisfazer o objetivo específico, promover o autocuidado na pessoa após AVC com recurso a estimulação cognitiva, importa considerar os diversos processos cognitivos necessários à realização do autocuidado e como as lesões provocadas pelo AVC condicionam o mesmo.

Cardoso et al., (2004) considera a reabilitação cognitiva um processo terapêutico com o objetivo de recuperar ou estimular as funções cognitivas, com suporte na capacidade plástica do cérebro.

Considere o treino de AVD o momento fundamental para a promoção do autocuidado e da autoestima. Orem define autocuidado como *“uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar”* (Tomey & Alligood, 2004, p. 218). Frequentemente, após o AVC a pessoa apresenta alterações num ou mais domínios, com conseqüentemente diminuição das capacidades para se autocuidar e neste caso surge o deficit de autocuidado. A TDA é central na teoria de enfermagem desenvolvida por Orem e fundamenta a ação do enfermeiro, assim como os métodos de ajuda para colmatar o déficit de autocuidado da pessoa. Norteando-me pelos seus pressupostos, aferi as necessidades das pessoas que cuidei e os métodos de ajuda mais adequados a cada uma, procedimento imprescindível para definir prioridades. Para conceber um plano de cuidados de reabilitação é necessário que o enfermeiro, proceda a uma avaliação sistemática que lhe permita identificar as necessidades de intervenção específica. A avaliação neurológica meticulosa é fundamental e decisiva, impondo uma avaliação da consciência, funções cognitivas (atenção, memória, funções práticas, funções executivas e linguagem), e pares cranianos. Pode e deve ser complementada com escalas já desenvolvidas e utilizadas, destacando-se a sua relevância na identificação das funções cognitivas afetadas, na avaliação no grau de severidade presente, assim como na avaliação dos resultados esperados após a implementação do plano de reabilitação.

A estimulação sensorial deve ser realizada de forma organizada e estruturada, através de programas de regulação sensorial, existindo evidências de maiores ganhos face a estimulação sensorial fornecida de modo indiferenciado (Padilla & Domina, 2016, citando Wood et al., 1992). No caso da Sra. A.B.F (apêndice III), utente que acompanhei após AVC com compromisso cognitivo e motor (hemiplegia direita, paresia facial), incluí no seu plano de cuidados um programa de regulação sensorial (apêndice IV) como intervenção coadjuvante, com o objetivo de potenciar a sua reabilitação, capacitando-a para os requisitos de autocuidado.

Foram programadas 10 sessões, com uma duração entre 10 e 20 minutos entre os dias 10 e 17 de dezembro. No planeamento das sessões considerei o aumento gradual da sua intensidade, mantive uma frequência constante e a modalidade foi progressivamente intensificada. Durante os cuidados de higiene,

foram utilizados os produtos usados diariamente pela própria. Antes de realizar a higiene, a Sra. A.B.F. foi incentivada a ver as embalagens, os respectivos rótulos e sentir o odor dos produtos. Perante este estímulo, a pessoa sorriu e disse “sim”, mas devido a alteração da linguagem que apresentava, não posso afirmar que reconheceu os produtos disponibilizados e que a atividade contribuiu para evocação de uma memória. Contudo, é possível concluir que este estímulo provocou uma alteração da expressão facial, “o sorriso”<sup>7</sup>, teve influência na captação da sua atenção e promoveu a continuidade do autocuidado higiene. Esta atividade foi realizada no W.C. antes da higiene, com vista a diminuir todos os estímulos externos, uma vez que a utente estava internada numa unidade de AVC com outras utentes, onde havia múltiplos estímulos sonoros e visuais. Numa outra sessão, realizei uma massagem manual profunda na perna e região plantar do membro hemiparético (com um creme hidratante da própria), associados à mobilização ativo-assistida por cerca de 15 minutos, com vista ao aumento do equilíbrio e sensibilidade, mas simultaneamente a evocação de memória de conteúdo autobiográfico pelo estímulo olfativo aplicado. Torriani, et al., (2008) no seu estudo, já descrito anteriormente, correlacionam a estimulação motora e sensorial da região plantar do pé hemiparético e o aumento do equilíbrio e sensibilidade das pessoas hemiparéticos pós AVC. Neste caso concreto a aquisição do equilíbrio foi essencial para a execução de AVD como vestir e despir; transferir; deambular, higiene, e conseqüentemente satisfazer os requisitos necessários para o autocuidado, com impacto na autonomia e autoestima.

Os estímulos aplicados ao longo do programa, provocaram manifestações externas, alterações nas expressões faciais, sinais vitais, captação e manutenção da atenção. Estas alterações foram registadas de forma sistemática. As sessões de regulação sensorial com maior impacto no autocuidado no caso particular desta pessoa foram: estímulo olfativo com os produtos de higiene; estímulo tátil e olfativo durante a massagem facial com o creme de rosto da própria e massagem do membro inferior direito, antes do treino de marcha (com loção de corpo habitual) e estímulo do paladar com sumo de

---

<sup>7</sup> O sorriso involuntário emerge principalmente dos núcleos subcorticais, e surge na face via sistema motor extrapiramidal. O sorriso voluntário, por sua vez, é recrutado pela vontade, e tem origem no córtex cerebral motor; surge na face via sistema motor piramidal (Frank & Ekman, 1996).

laranja fresco (o preferido da utente) com impacto no autocuidado alimentar-se e na deglutição.

Em contexto domiciliário, particularmente no caso do Sr. J.A.R. (apêndice II) encontrei alguns obstáculos na promoção do autocuidado e autonomia. A habitação foi semi-adaptada, a família não dispunha de equipamento essencial (ex. elevador) para realizar transferências e levantar para a cadeira de rodas ou cadeira de banho, daí ser necessário sensibilizar para necessidade destes equipamentos, com vista à maximização das potencialidades da pessoa. Todavia, a família esteve sempre relutante na aquisição de material desta natureza, fundamentando esta decisão, com a certeza da recuperação integral do seu familiar. Benner (2001) refere que o EEER exerce a função de guia orientador quando age como mediador psicológico e cultural, utilizando os objetivos a atingir como fim terapêutico. Face a esta situação, adotei um discurso esclarecedor perante os diferentes caminhos possíveis e adaptei as intervenções às condições existentes. Incluí no meu plano de cuidados o treino de AVD. Iniciei com o treino de vestir e despir, a higiene no leito em posição sentado na beira da cama e alimentar-se. Estas intervenções tiveram impacto na autoestima e na motivação do Sr. J.A.R. para o autocuidado. O treino de AVD constitui-se como fundamental para a promoção do autocuidado, da autoestima, ajudando naquilo que a pessoa não consegue fazer e promovendo uma maior autonomia (Menoita, 2012). Gradualmente, a família concordou com a aquisição de uma mesa de apoio para a pessoa realizar as refeições em posição sentado na beira da cama. Ao longo do estágio foi possível desenvolver uma parceria assente na cooperação e na responsabilidade partilhada, a fim de maximizar as potencialidades do Sr. J.A.R. Em equipa e de acordo com a enfermeira orientadora de estágio, consideramos que a cuidadora necessitava de suporte psicológico e decidiu-se a referenciação para o mesmo.

No âmbito do desenvolvimento de competências específicas do EEER estas foram:

- J1.3. “Implementa as intervenções planeadas com objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”;
- J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas”;

- J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida"; (Regulamento nº 392/2019, p. 13567);
- J3.1. "concebe e implementa programas e treino motor e cardio-respiratório";
- J3.2 "Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados" (Regulamento nº 392/2019, p. 13568);

Relativamente aos PQCER os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foram:

- "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde";
- "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes";
- "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade";
- "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente as quais o cliente é dependente" (OE, 2011 p.8);
- "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem" (OE, 2011, p.19).

Relativamente aos DD (Joint Quality Initiative, 2004) realizei pesquisa e procurei aprofundar conhecimentos específicos na área da reabilitação cognitiva que implicou uma compreensão das intervenções específicas e posteriormente a aplicação do conhecimento adquirido compreendendo o impacto do mesmo. Considero que foram alcançadas as competências: Conhecimento e capacidade de compreensão. Aplicação de conhecimentos e compreensão, Realização de

juízo/tomada de decisões e Comunicação e Competências de autoaprendizagem.

O próximo objetivo específico determina desenvolver intervenções que promovam o regresso a casa e à comunidade da pessoa após AVC, bem como a articulação para a continuidade de cuidados. Após o AVC a pessoa frequentemente apresenta alterações num ou mais domínios, as suas capacidades para se autocuidar estão diminuídas e surge o défice de autocuidado. As intervenções do EEER visam promover a independência, a máxima satisfação da pessoa e deste modo preservar a autoestima. No momento da alta a pessoa/ família, depara-se com a necessidade de adaptar a sua vida e as rotinas a uma nova condição. O Sr. J.A.R (apêndice II) encontra-se em casa há vários meses, contudo a sua cuidadora sentiu dificuldade em fazer as adaptações necessárias na habitação para promover a sua autonomia. O escritório da casa situado no rés-do-chão foi equipado com uma cama articulada, todos os móveis previamente existentes encostados à parede, o tapete enrolado até metade. A cuidadora acreditava que a dependência física do marido seria temporária, motivo por que se recusava a adquirir produtos de apoio para ajudar nas AVD. Sem um dispositivo de elevação era impossível transferir este Sr. para a cadeira de rodas ou para uma cadeira de banho. Neste caso específico implementei intervenções que promoveram o máximo de autonomia a partir do leito. Iniciei o treino de AVD, vestir/despir, higiene parcial, alimentar-se. Utilizei como mesa de apoio, um banco, onde colocava uma bacia com água e os produtos de higiene. Gradualmente a sua cuidadora concordou em fazer pequenas adaptações, como usar uma mesa de apoio adequada para possibilitar a realização dos cuidados de higiene de forma mais eficaz e fazer as refeições na posição sentado. Concordou também em diligenciar a reparação do elevador hidráulico avariado há alguns meses que tinha sido emprestado por uma instituição, mas que a cuidadora nunca aceitou usar. Estas intervenções ficam muito aquém das necessárias para maximizar todo o potencial de recuperação desta pessoa, uma vez que teria capacidade para usar o poliban, fazer a sua higiene oral no W.C., tomar as refeições em família, circular pela casa e pelo jardim. Porém, seria necessário trabalhar em parceria com esta família por muito mais tempo. Perante uma situação de doença o equilíbrio da família sofre uma rutura, que por sua vez provoca uma mudança em todo o seu sistema, levando

a uma situação de crise, já que nesta circunstância existe uma desorganização do padrão do funcionamento habitual da família. Quando um dos elos altera a sua função todos sofrem um período de readaptação, procurando manter o equilíbrio do sistema. Procurei promover o papel ativo da família, desenvolvendo uma parceria assente em cooperação e responsabilidade partilhada possibilitando o processo de capacitação (Menoita, 2014).

Na UCC, fui confrontada com a escassa comunicação entre o hospital e a unidade de cuidados continuados (UCC). Em contexto hospitalar, realizei uma pesquisa que me permitiu compreender de que forma eram feitas as referenciações. A referenciação para a RNCCI pode ser feita através de duas formas, pelas equipas de gestão de altas (EGA) do hospital ou pelos centros de saúde. A equipa de gestão de altas do hospital é multidisciplinar e tem como objetivo preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais (cfr. nº 1 do Artº 23º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho). Esta é responsável pela referenciação para a RNCCI.

A avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados é realizada de preferência logo no início do internamento hospitalar, porque é necessário preparar com tempo a etapa que se segue à alta clínica em conjunto com a equipa assistencial. A proposta desta equipa é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL). A sinalização das pessoas com necessidades de referenciação é da responsabilidade de médicos e enfermeiros que nas primeiras 48 horas de internamento devem realizar uma avaliação de necessidades de acordo com o seu campo de intervenção e identificar os cuidados necessários a manter no após-alta. Posteriormente, devem sinalizar estas pessoas à EGA e preencher a avaliação na ficha de referenciação para RNCCI. É da responsabilidade da EGA a operacionalização do processo, tendo em conta as especificidades de cada serviço e referenciar as pessoas para a RNCCI, bem como explicar à pessoa a proposta de reabilitação/ manutenção contactar as famílias e recolher documentos e consentimento informado. Contudo nem sempre as pessoas/ famílias tem capacidade para compreender a informação dada e nem sempre são apresentadas as várias opções quando estas existem.



Em relação às pessoas que acompanhei em contexto hospitalar e no caso específico que acompanhei no dia da alta a pessoa apresentava: (score 4) nas Categorias Funcionais da Marcha; Índice de Barthel: 75 Dependência moderada; escala MIF Dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa). Neste caso, a pessoa foi referenciada para a RNCC em regime de internamento, porém ficou a aguardar vaga, por inexistência da mesma, tendo alta para domicílio.

Nesta circunstância considerei que a resposta a curto prazo não era a mais adequada, uma vez que desconhecíamos o tempo de espera. Tomei a iniciativa de fazer o encaminhamento para UCC através do médico de família, uma vez que a pessoa pertencia a área de influência da UCC do estágio anterior que é constituída por EEER. Do meu ponto de vista esta resposta era mais adequada para esta pessoa, uma vez que a sua dependência é moderada e pode contar com o apoio permanente no domicílio de uma cuidadora que a irá acompanhar. Na perspetiva das alterações cognitivas ainda apresentadas (linguagem e memória) o regresso ao seu ambiente familiar constitui-se num fator positivo, pois é por natureza um ambiente enriquecido e nele vivem muitas das suas memórias.

O prestador de cuidados (marido) esteve sempre presente durante o internamento. Foram realizados ensinamentos ao cuidador sobre as adaptações necessárias a realizar no domicílio, nomeadamente: colocar barras de apoio no polibanco e retirar os tapetes existentes no chão da casa. Foram também realizados ensinamentos sobre o apoio nos cuidados de higiene (incentivar a pessoa a lavar o hemicorpo menos afetado); vestir e despir (o hemicorpo afetado é o primeiro a vestir e o último a despir); treino da alimentação (correto posicionamento; estimular ao uso da mão mais afetada). Foram também ensinadas estratégias adaptativas para a comunicação (verbalizando frases simples, com questões e indicações objetivas; proporcionar tempo a pessoa para se expressar, evitando interrupções; facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não-verbal (gestos e imagens); treinar a repetição e nomeação de objetos.

No que concerne às competências específicas do EEER, desenvolvi:

J2.1. “Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida”;

— J2.2.” Promove a mobilidade a acessibilidade e a participação social” (Regulamento nº 392/2019, p. 13567).

Em relação aos PQCER, os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foram:

- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/ complementa as atividades de vida relativamente as quais o cliente é dependente” (OE, 2011 p.8);
- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde” (OE, 2011 p.13);
- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade” (OE, 2011 p.15);
- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2011, p.19).

Acerca aos DD (Joint Quality Initiative, 2004), desenvolvi competências de comunicação e competências de autoaprendizagem, pois procurei adquirir todo o conhecimento para satisfazer as necessidades das pessoas e suas famílias; aplicação de conhecimentos e compreensão, uma vez que mobilizei as aprendizagens previamente realizadas entre contextos de estágio.

No âmbito da aquisição de competências específicas de EEER, também desenvolvi atividades não programadas: os campos de estágios ofereceram a possibilidade de prestar cuidados a pessoas com diversos diagnósticos. A multiplicidade de alterações funcionais das pessoas que cuidei proporcionou o desenvolvimento de planos de cuidados, com intervenções terapêuticas direcionadas a pessoas com incapacidades ao nível motor cognitiva/sensorial e cardiorrespiratória.

A Reeducação Funcional Respiratória (RFR) “baseia-se num conjunto de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento. É definida como uma terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento na base da sua intervenção com a finalidade de restabelecer o padrão funcional da respiração. Atua sobre a componente mecânica da respiração (ventilação externa) com o objetivo de melhorar a ventilação alveolar” (OE, 2018, p.86). Os exercícios respiratórios traduzem-se em técnicas manuais, posturais e cinéticas que podem ser executadas, individualmente ou associadas, com o propósito de mobilizar e eliminar as secreções brônquicas, melhorar a ventilação pulmonar, promover a reexpansão pulmonar, melhorar a oxigenação e 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 (Cordeiro e Menoita, 2014).

Cuidei de uma pessoa com diagnóstico de Alzheimer e outra com diagnóstico de paralisia cerebral ainda a esclarecer. Ambas numa fase avançada da doença, acamadas há vários anos e com infeção respiratória recorrente. As intervenções nestes dois casos em particular concentraram-se na manutenção das funções residuais e na prevenção de complicações. Estas duas pessoas já eram acompanhadas pela EER há cerca de um ano. O propósito do plano de cuidados implementado, visa manter as estruturas articulares, as amplitudes de movimentos e conservar a flexibilidade existente. Para prevenir as infeções respiratórias recorrentes aplicou-se reeducação funcional respiratória.

A RFR não foi abordada na fase de projeto (apêndice VIII), contudo, como descrito no parágrafo anterior, durante o estágio foram desenvolvidas competências: aprofundar e adquirir novos conhecimentos e desenvolver e aperfeiçoar técnicas. Nestes dois casos que acompanhei tive oportunidade de realizar a avaliação da função respiratória subjetiva: através de entrevista a família e observação dos sintomas respiratórios tais como tosse, expectoração, torcocalgia e avaliação respiratória objetiva baseada no exame físico da pessoa. Nestes casos não tive acesso a exames complementares de diagnóstico, uma vez que estas pessoas se encontravam no domicílio e não tinham exames atuais. Realizei inspeção da pele e subsequente avaliação de alterações compatíveis

com diminuição da oxigenação (cianose; hipocratismo digital), observei as características anatómicas do tórax inspeção estática e dinâmica, avaliando a frequência respiratória, ritmo respiratório, padrão e amplitude e simetria; a palpação da traqueia, para verificar se esta se encontra na linha média e sem desvios, bem como alterações da expansibilidade bilateral do tórax e percussão em todo tórax. Pratiquei a auscultação pulmonar antes e depois da intervenção. A avaliação que executei confirmou a necessidade de assegurar a permeabilidade das vias aéreas e desta forma dei continuidade ao plano de cuidados previamente implementado pela ER. As intervenções implementadas consistiram no controlo da respiração; exercícios de reeducação respiratória abdominal-diafragmática, reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda; reeducação costal global e seletiva, manobras de limpeza das vias aéreas (drenagem postural clássica), manobras acessórias (percussão; vibração; compressão) e administração de terapêutica inalatória.

As técnicas de RFR requerem conhecimento teórico fundamentado na evidencia científica. Foi imprescindível desenvolver pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos nesta área, uma vez que não havia realizado grande investimento nesta matéria. Por outro lado, a RFR inclui uma serie de técnicas que requerem uma prática continuada até se adquirir a destreza manual necessária para a execução com precisão. Neste campo, tive o apoio da enfermeira orientadora que ensinou, corrigiu e incentivou a prática em todas as situações oportunas.

Em contexto hospitalar, tive o privilégio de trabalhar com uma variedade de ajudas técnicas. Os produtos de apoio foram utilizados na sua maioria em contexto de treino de AVD, as pessoas com AVC apresentam com frequência compromisso de múltiplos domínios que condicionam o autocuidado. Nos cuidados de higiene foi utilizada cadeira de banho com apoio de costas e braços que facilitou o equilíbrio e a segurança da pessoa. Gradualmente, foi visível um aumento de confiança na realização do autocuidado e conseqüente autoestima. No treino da alimentação foram utilizados dispositivos de compensação (talheres adaptados) com o membro mais afetado. Estes foram essenciais na fase inicial, pois facilitaram a preensão e o corte dos alimentos. No treino de marcha os dispositivos de apoio foram selecionados de acordo com as necessidades de apoio das pessoas. Estes dispositivos auxiliam no equilíbrio e na diminuição da força muscular. Nos exercícios de marcha utilizou-se um espelho quadriculado

para reeducação da marcha e da postura. Na realização do treino motor foram utilizados equipamentos auxiliares para a execução dos exercícios, as bandas elásticas foram utilizadas nos exercícios de mobilização ativas resistidas; a bola suíça foi utilizada como complemento aos exercícios de equilíbrio e controlo postural e coordenação; a pedaleira aumenta a força muscular e promove a automobilização passiva do membro inferior mais afetado. O elevador Stand-up é um equipamento para auxiliar nas transferências, possibilita a posição ortostática, facilita a função circulatória, permite realizar carga nos membros inferiores e favorece a propriocepção. Este equipamento foi utilizado numa pessoa com hemiparesia do hemicorpo direito, tendo sido essencial na promoção da autoestima deste utente, uma vez que permitia a posição ortostática. Foi possível realizar com sucesso o primeiro levante e a primeira transferência com este equipamento, embora a pessoa ainda não tivesse adquirido equilíbrio ortostático, assumir esta posição foi motivador e observou-se uma melhoria gradual da postura, bem como a aquisição do equilíbrio, permitindo que antes da alta clínica esta pessoa iniciasse treino de marcha na barra com apoio.

Os dispositivos de apoio promoveram a autonomia, aumentaram o bem-estar dos utentes, com consequências positivas na autoestima uma vez que permitiram mais independência. Cabe ao enfermeiro de reabilitação promover e maximizar o potencial de independência das pessoas de forma segura. Estas e outras ajudas técnicas têm impacto na qualidade de vida das pessoas, pelo que devem ser incluídas no processo de reabilitação sempre que contribuam para minimizar os problemas.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências específicas do EEER:

- J1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento nº 392/2019, p. 3566);
- J3.1 “Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório”;
- J3.2” Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados” (Regulamento nº 392/2019, p. 13568).

Em relação aos PQCER os enunciados descritivos que procurei satisfazer neste objetivo foram:

- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”;
- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2011, p.6);
- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”;
- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde” (OE, 2011, p.13);
- “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração social” (OE, 2011, p.15).

Relativamente aos DD (Joint Quality Initiative, 2004), desenvolvi competências de comunicação e competências de autoaprendizagem, procurando adquirir todo conhecimento para satisfazer as necessidades das pessoas e suas famílias; aplicação de conhecimentos e compreensão, uma vez que mobilizei as aprendizagens previamente realizadas entre contextos de estágio.

### 3 AVALIAÇÃO

A avaliação pretende explicar os resultados obtidos mais relevantes, os pontos fortes e as dificuldades na implementação do projeto nos campos de estágio.

Gostaria de salientar como ponto forte a disponibilidade dos enfermeiros orientadores, de ambas as equipas de enfermagem que tive oportunidade de conhecer, bem como o acolhimento que se estendeu a toda a equipa interdisciplinar. Possibilitaram a apresentação do projeto, aceitaram-no e consentiram a sua implementação, facilitando a concretização das atividades e consequentemente que atingisse os objetivos a que me propus. Outra vantagem neste processo foi “*know how*” adquirido nas disciplinas lecionadas nos semestres anteriores, as mobilizações de tais conhecimentos para a prática foram imprescindíveis, especialmente os que se focam em enfermagem de reabilitação e suas intervenções.

A especificidade de cada campo de estágio permitiu o desenvolvimento de atividades únicas e desta forma pude usufruir de uma oferta diversificada de oportunidades de aprendizagem. Contudo, foi no serviço de neurologia que foi possível desenvolver intervenções direcionadas a reabilitação cognitiva na pessoa após AVC. O estágio na UCC ofereceu a oportunidade de realizar atividades pouco exploradas no projeto inicial, tais como sessões de esclarecimento na comunidade e o desenvolvimento de planos de cuidados de reabilitação respiratória, mais concretamente na reeducação funcional respiratória.

As principais dificuldades foram sentidas ainda na fase inicial do estágio que acrescentou novos desafios de natureza profissional, mas também pessoal, obrigando à adoção de estratégias que me permitiram ultrapassar as dúvidas, os receios e o stress acrescido da articulação necessária para fazer face as exigências da vida profissional, familiar e pessoal.

Para conceber um plano de cuidados de reabilitação é indispensável que o enfermeiro proceda a uma avaliação sistemática que lhe permita identificar as necessidades de intervenção específicas, só assim será possível melhorar a qualidade de vida da pessoa e a sua consequente reintegração na sociedade. Esta premissa implica um conhecimento aprofundado das neurociências.

atendendo a natureza do foco do meu projeto. Deparei-me com a necessidade de aprofundar conhecimento sobre o funcionamento natural das funções cognitivas e como elas se relacionam para atender às necessidades do nosso funcionamento diário. Senti alguns constrangimentos na avaliação inicial das pessoas que não havia antecipado, donde destaco a dificuldade na aplicação da escala Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Anexo III) Este instrumento foi desenvolvido no Canadá e permite identificar compromisso cognitivo, a sua aplicação a pessoas que apresentam alteração na linguagem, sobretudo ao nível da compreensão, é difícil. Atendendo a que todas as pessoas que cuidei apresentavam esta alteração, não me foi possível explorar este instrumento como havia planeado em fase de projeto (apêndice VIII).

A ausência de experiência na observação e interpretação de exames imagiológicos, como radiografia de tórax, TAC de crânio ou a auscultação pulmonar, constituíram outra dificuldade que superei com a orientação e correção dos enfermeiros orientadores.

Nos cuidados domiciliários os materiais de apoio e os dispositivos externos são quase inexistentes, obrigando ao desenvolvimento da criatividade do EEER, pois é necessário transformar objetos do dia-a-dia em instrumentos de trabalho, como por exemplo, transformar pacotes de arroz em alteres para fortalecimento muscular, cabos de vassoura em bastões para exercícios de abertura costal global. Constatei que ao utilizar na sua prática objetos comuns e familiares da pessoa, o EEER diminui custos para a família, facilita a intervenção e pode dar sentido à intervenção, por exemplo estimular ao exercício da oposição (com a tarefa de escolher feijão).

Considero que o percurso formativo que realizei, desde a conceção do projeto até ao culminar deste relatório, evidencia os benefícios e a relevância da ação do EEER na pessoa com alteração cognitiva após AVC, melhorando a sua capacidade funcional a nível cognitivo, sensoriomotor evidenciados no aumento da autonomia e autoestima das pessoas. Com repercussão no comportamento da pessoa, observados na sua interação social e melhoria na realização dos seus autocuidados, evidenciando um aumento gradual da sua independência mensurável em escala (por exemplo: escala de Barthel). A aplicação de um programa de regulação sensorial de forma sistematizada e estruturada revelou-se como promotora da reabilitação para reverter as alterações observadas e concorreu para incrementar a motivação e a autonomia da pessoa.



## 4 CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO

A enfermagem enquanto profissão tem evoluído, através de um processo dinâmico e interativo, procurando dar resposta às atuais exigências nos cuidados de saúde, atendendo ao grau de incerteza, complexidade e imprevisibilidade de situações, tentando desenvolver, nos contextos clínicos, práticas inerentes a um exercício profissional autónomo e responsável. Tais alterações suscitaram novas responsabilidades, maior competitividade, novos desafios e expectativas, o que obriga a um processo de atualização dos saberes e das competências adequado e adaptado aos novos contextos de saúde (Rua, 2011).

Este relatório reflete o meu investimento na atualização de conhecimentos para adquirir competências profissionais que contribuam para uma maior efetividade da minha intervenção. Insere-se numa história de vida com determinadas escolhas e tomadas de decisão que o desenvolvimento profissional exige. Sob esta moldura, a conceção deste trabalho remete para a prática clínica, enquanto enfermeira onde diariamente me deparo com dificuldades que surgem na intervenção a pessoas com alteração cognitiva.

A implementação deste projeto no contexto da prática possibilitou a aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do EEER, preconizadas pela OE. Ao longo do percurso, ficou evidente que esta é uma área do conhecimento complexa e abrangente, havendo constante necessidade de estudar e explorar novas técnicas, assim como aprofundar conhecimentos. A fundamentação teórica suportada na pesquisa bibliográfica que realizei possibilitou desenvolver conhecimentos sobre as funções cognitivas e as alterações possíveis decorrentes de um AVC e o processo de recuperação da lesão: a restituição (restaurar a funcionalidade de tecido neural), substituição (reorganização de vias neurais parciais para reaprender funções perdidas), um desafio que me encorajou a explorar a estimulação cognitiva, como um processo terapêutico com reconhecidos resultados na qualidade de vida das pessoas.

Este percurso não foi isento de dificuldades e o desenvolvimento de estratégias para contornar as adversidades e ultrapassar os contratempos permitiram crescimento pessoal e profissional. Este trabalho estimulou a capacidade de análise e a reflexão crítica das competências atingidas em consonância com as atividades programadas desenvolvidas. A aplicação prática

do projeto e a elaboração do relatório permitiram o desenvolvimento do saber e saber fazer, considerando os mesmos como uma mais-valia na prática diária no futuro na prestação de cuidados à pessoa com alteração cognitiva e sua família. São os saberes-fazer que se manifestam através do desempenho e realçam o saber-ser em contextos de trabalho (Benner, 2001).

Os objetivos planeados foram cumpridos através das atividades definidas e não só. Todas as oportunidades de aprendizagem foram utilizadas com vista ao meu desenvolvimento profissional, pelo que considero bem-sucedida a implementação do projeto. Contudo, considerando que as aprendizagens sucedem ao longo da vida, a formação contínua constitui não só um dos principais vetores para o desenvolvimento pessoal e profissional, mas também a atualização de conhecimentos com vista à excelência dos cuidados. A este propósito, a componente teórica/formativa não caracteriza a prática de enfermagem, mas evidencia e organiza um mundo idealizado de ações de enfermagem, que se espera corresponderem, da melhor maneira possível, à atuação do enfermeiro, objetivando a capacitação de si e do outro (Nunes, 2018). Só a prática diária, enquanto enfermeira especialista de reabilitação, poderá conduzir ao aperfeiçoamento.

Os diferentes contextos de estágio promoveram distintas oportunidades de aprendizagem, todas de relevante importância para a concretização dos objetivos. Foi na vertente hospitalar que desenvolvi predominantemente a temática deste relatório, donde saliento a efetivação do programa de regulação sensorial. Todavia, na comunidade surgiram oportunidades do contacto com pessoas com outras patologias, o que permitiu contactar com as famílias e problemas reais de quem é cuidador no domicílio. Desta forma, familiarizei-me com as estruturas e os recursos disponíveis na comunidade, tendo esta aprendizagem incentivado a um cuidado particular no planeamento da alta em contexto hospitalar.

As competências que reclamo com este trabalho farão de mim EEER com responsabilidade num cuidar diferenciado de pessoas com necessidades ao longo do seu ciclo de vida em qualquer contexto. Desenvolvi habilidades que possibilitam atuar junto da pessoa com défice cognitivo, mais concretamente na promoção da autonomia, na recuperação, na readaptação, bem como na reinserção social e familiar.

Durante o processo de formação houve uma mudança no meu contexto profissional e o público-alvo dos meus cuidados é a pessoa com patologia mental. Durante este percurso fui observando as semelhanças e diferenças entre as limitações e as incapacidades apresentadas pelas pessoas acometidas pelo compromisso cognitivo. A esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos. Atendendo ao meu atual contexto de trabalho, pretendo desenvolver um projeto de reabilitação, que visa atender as necessidades das pessoas com patologia mental. Tirando partido do conhecimento adquirido no meu percurso e das experiências vividas, este processo pretende aliar o movimento e as atividades de grupo como promotores da reabilitação cognitiva.

Um dos objetivos futuros é a publicação dos trabalhos “Comunicar com as Emoções” (apêndice VII) e o “Estudo de caso da Sra. A.F.B (apêndice III) com o respetivo “Programa de Regulação Sensorial” (apêndice IV), em revista da especialidade. Considero que a inclusão de um programa de regulação sensorial de forma sistematizada e estruturada no plano de cuidados, revelou ser promotor da reabilitação e concorreu para incrementar a motivação e a autonomia da pessoa. Entendo assim que a sua divulgação pode ser relevante para a área de reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, A., Bazán, P., Conforto, A., Martin, M., Simon, S., Hampstead, B., Figueiredo, E. & Miotto, E. (2019). Effects of mnemonic strategy training on brain activity and cognitive functioning of left-hemisphere ischemic stroke patients. *Neural Plasticity*, 2019, 4172569. <https://doi.org/10.1155/2019/4172569>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Borella, M. & Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de actividades físicas motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências* 17(2),161-169.
- Cabral, F. & Apolinário, A. (2008). Estimulação multissensorial em pacientes comactosos: uma revisão de literatura. *O Mundo da Saúde*, 32 (1), 64-69.
- Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do comportamento humano*. McGraw-Hill.
- Cardoso, L., Costa, R., Piovesana, A., Carvalho, J., Ferreira, H., Lopes, M., Crispin, A., Penna, L., Araujo, K., Paladino, L., Sancovschi, R., Mouta, R. & Brandão, G. (2004). Utilização de ambientes virtuais na reabilitação de pacientes com lesão cerebral por AVC e TCE. [https://www.academia.edu/4212033/Utiliza%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Ambientes\\_Virtuais\\_na\\_Reabilita%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Pacientes\\_com\\_Les%C3%A3o\\_Cerebral\\_por\\_AVC\\_e\\_TCE](https://www.academia.edu/4212033/Utiliza%C3%A7%C3%A3o_de_Ambientes_Virtuais_na_Reabilita%C3%A7%C3%A3o_de_Pacientes_com_Les%C3%A3o_Cerebral_por_AVC_e_TCE)
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2014). *Manual de boas praticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.

- Damasio, H., Tranel, D., Grabowski, T., Adolphs, R., & Damasio, A. (2004). Neural systems behind word and concept retrieval. *Cognition*, 92 (1-2), 179–229. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2002.07.001>
- Damasio, A. (1992). Aphasia. *New England Journal of Medicine*, 326(8), 531–539. <https://doi.org/10.1056/NEJM199202203260806>
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: a construção do cérebro consciente*. Círculo de Leitores
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lidel
- Fisher, B., & Sullivan, K. (2001). Activity-dependent factors affecting poststroke functional outcomes. *Topics in stroke rehabilitation*, 8 (3), 31–44. <https://doi.org/10.1310/B3JD-NML4-V1FB-5YHG>
- Frank, M. & Ekman. P. (1996). Physiologic effects of the smile. *Directions in Psychiatry*, 16 (25), 1-8. <http://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/Physiological-Effects-Of-The-Smile.pdf>
- Gerber, C. (2005). Understanding and managing coma stimulation. Are we doing everything we can? *Critical Care Nursing*, 28 (2), 94-108.
- Gomez, M., Vasconcelos, L. & Moraes, M. (1999). Trabalho miofuncional na paralisia facial. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 3(1), 30-34.
- Gómez, P. & Politis, D. (2011). Correlaciones entre praxias y memoria de trabajo en demencia frontotemporal. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(2), 23-30.  
DOI:10.5579/rnl.2011.0066
- Janssen, H., Luise, A., Bernhardt, J., McElduff, P., Pollack, M., Nilsson, M & Spratt, N. (2014). An enriched environment increases activity in stroke

patients undergoing rehabilitation in a mixed rehabilitation unit: a pilot non-randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation*, 36 (3), 255-262, DOI: 10.3109/09638288.2013.788218

Johansson, B. (2012). Multisensory stimulation in stroke rehabilitation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, DOI:10.3389/fnhum.2012.00060.

Johnstone, M. (1979). *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. Manole.

Joint Quality Initiative (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, second and third cycle awards*. [https://www.aqu.cat/doc/doc\\_24496811\\_1.pdf](https://www.aqu.cat/doc/doc_24496811_1.pdf)

Kaewsriwong, S., Sukonthasarn, A., Wangsrikhun, S. & Chanprasit, C. (2015). Sensory stimulation process and cognitive function among persons with traumatic brain injury: a case study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 19 (1), 45-57.  
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/18984/26330>

Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)

Mansur, L., Radanovic, M., Taquemori, L., Greco, L. & Araújo, G. (2005). A study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination: portuguese version: a reference guide for the brazilian population. *Brazilian Journal Medicine Biology Research*, 38 (2), 277-292. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2005000200017>

Martins, I (2006). Funções cognitivas. In J. Ferro, & J. Pimentel. *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento* (pp1-2). Lidel

McDonald, M., Hayward, K., Rosbergen, I., Jeffers, M. & Corbett, D. (2018). Is environmental ready for clinical application in human post-stroke rehabilitation? *Frontiers in Behavioral Neuroscience* (12)135, 1-16.  
DOI: 10.3389/fnbeh.2018.00135

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários a análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (2.<sup>a</sup> ed.). Loures, Portugal. Lusodidata

Ordem dos enfermeiros (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação respiratória: Guia orientador de boa prática*, Série I (10).

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobb\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para11-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobb_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para11-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. Mosby

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária á saúde*. Artmed

Ostroski-Solis, F. & Lozano-Gutierrez, A. (2003). Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 21, 39-51.  
<http://feggylab.mex.tl/imagesnew/7/0/4/8/6/rehabmemart.pdf>

Padilla, R., Domina, A. (2016). Effectiveness of sensory stimulation to improve arousal and alertness of people in a coma or persistent vegetative state after traumatic brain injury: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 70 (3).  
DOI: 10.5014/ajot.2016.02.1022.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Formasau.

Pinheiro, M. (1994). Organizar a prestação de cuidados: uma função/ desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42 (6), 319-331.

Pinto, V., Seixas; M. Silva, C. (2017, novembro). Influência do *habitus* nos programas de regulação sensorial. Livro de Actas do III Congresso Internacinal da UCM 2017, sobre Educação Inclusiva e Cidadania Democrática no Contexto Moçambicano, Beira, Moçambique

Ries, L., Martinello, M., Medeiros, M., Cardoso, M., Santos G. (2012). Os efeitos de diferentes pesos de mochila no alinhamento postural de crianças em idade escolar. *Motricidade*. 8 (4), 87-95. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273025193009>

Regulamento nº140/2019. (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR 2ª Série (Nº26, 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento nº392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. DR 2ª Série (Nº85, 3 de maio de 2019), 13565–13568. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>



Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Lusociência

Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2007). *Anatomia & Fisiologia (6ª ed)*. Lusociência

Setton, M. (2002). A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista brasileira de educação*. 20, 60-70. Acedido em 28 de dezembro 2020, em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n20/n20a05> |

SPAVC (2016). Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral. Disponível em:  
[http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas\\_url.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf)

Tatemichi, T., Desmond, D., Stern, Y., Paik, M., Sano, M. & Bagiella, E. (1994). Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *Journal Of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 57,202-207.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem (5 ed)*. Lusociência.

Torriani, C., Mota, E., Sales, A., Ricci, M., Nishida, P., Marques, L., Lima, R. (2008). Efeitos da estimulação motora e sensorial no pé de pacientes hemiparéticos pós Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc*. 16(1), 25–29.  
<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/RN%2016%2001/Pages%20from%20RN%2016%2001-6.pdf>

Trevizan, M., Mendes, I. & Nogueira, M. (1987). Definição teórica e operacional do conceito de papel do enfermeiro. 8(1), pp. 94-110.  
<https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo>

Ullman, M. (2004). Contributions of memory circuits to language: the declarative/procedural model. *Cognition*, 92, 231-270.  
<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2003.10.008>

Zinn, S., Dudley, T., Bosworth, H., Hoening, H., Duncan, P., Horner, R.D. (2004). The effect of poststroke cognitive impairment on rehabilitation process and functional outcomes. *Arch Phys Med Rehabil.* 85,1080-1090.

Torga, M. (1977) *Diário: Vols. XIII a XVI*. D. Quixote.

Wood, R. (1991). Critical analysis of the concept of sensory stimulation for patients in vegetative state. *Brain Injury*, 5 (4), 401-409

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**Anexo I** – Instrumento de Registos do Programa de Regulação  
Sensorial

Data:

Estímulo:

Duração:

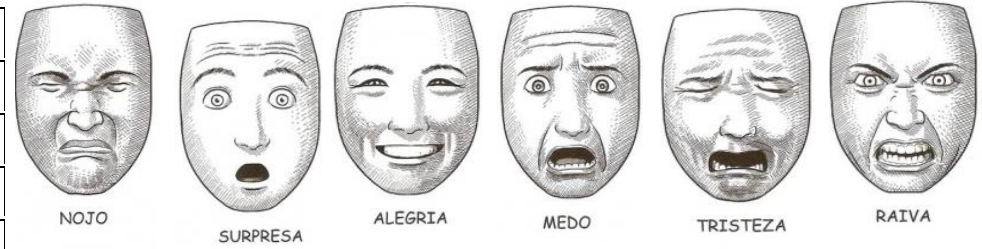
Hora:

<SINAIS VITAIS

MOVIMENTOS

EXPRESSÕES FACIAIS

<b>Antes</b>	Movimento da cabeça
<b>TA:</b>	Movimento da boca
	Movimento da Língua
<b>FC:</b>	Movimento das sobrancelhas
	Bocejar
<b>Tº:</b>	Deglutir
	Relaxamento facial
<b>SPO2:</b>	
<b>Depois</b>	Tensão facial
<b>TA:</b>	Lágrimas
<b>FC:</b>	Abertura dos olhos
<b>Tº:</b>	Olhar para o estímulo
<b>SPO2:</b>	Maior expansão pulmonar
	Maior frequência respiratória
	Menor frequência respiratório



Observações

## **Anexo II – Escala de Lower**

## Escala de Lower

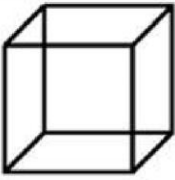
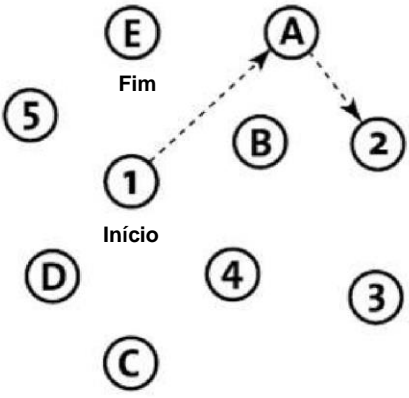
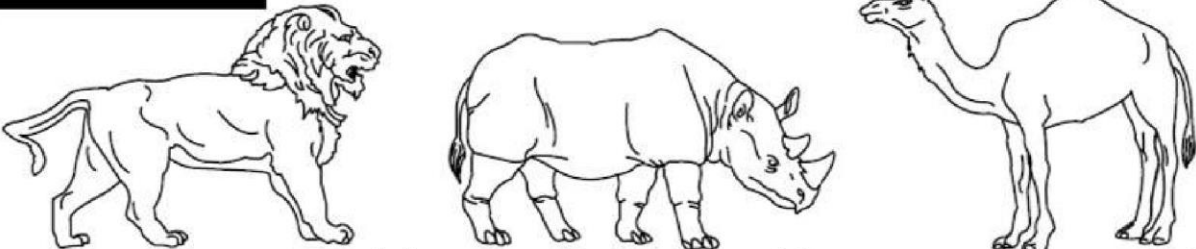
### Escala de Avaliação da Força Muscular de Lower (1993)

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade
3/5	Raio de movimento completa apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Fonte: <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1005/1/Semin%C3%A1rio%20Egas%20Moniz.pdf>

**Anexo III – Cognitive Assessment (MoCA)**



<b>VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA</b>			Copiar o cubo	Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)	<b>Pontos</b>		
		[ ]	[ ]	[ ] [ ] [ ]		___/5	
<b>NOMEAÇÃO</b>					[ ] [ ] [ ]	___/3	
<b>MEMÓRIA</b>	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista <b>5 minutos mais tarde.</b>	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	Sem Pontuação
<b>ATENÇÃO</b>		Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência. [ ] 2 1 8 5 4 (1 número/segundo) O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [ ] 7 4 2			___/2		
Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB			___/1		
Subtrair de 7 em 7 começando em 100.		[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	___/3
<b>LINGUAGEM</b>		Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. [ ] O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala. [ ]			___/2		
Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto).		[ ] _____ (N ≥ 11 Palavras)			___/1		
<b>ABSTRACÇÃO</b>		Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta [ ] comboio - bicicleta [ ] relógio - régua			___/2		
<b>EVOCAÇÃO DIFERIDA</b>	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
<b>Opcional</b>		Pista de categoria			Pista de escolha múltipla		
<b>ORIENTAÇÃO</b>		[ ] Dia do mês	[ ] Mês	[ ] Ano	[ ] Dia da semana	[ ] Lugar	
<b>TOTAL</b>						___/30	

## **Anexo IV – Escala de NIHss AVC**

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 célere. 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
<p>1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras 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>	<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>	<p>_____</p>
<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, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<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>	<p>_____</p>

<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>	<p><b>0</b> = Realiza ambas as tarefas corretamente. <b>1</b> = Realiza uma tarefa corretamente. <b>2</b> = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	<p>_____</p>
<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 atividade 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 paralisia do olhar conjugado.</p>	<p><b>0</b> = Normal. <b>1</b> = Paralisia 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 paresia total do olhar conjugado. <b>2</b> = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p>	<p>_____</p>

<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. Parésia 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 minor (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.</p> <p>1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.</p> <p>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.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique:</p> <hr/> <p><b>5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito</b></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.</p> <p>1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.</p> <p>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.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna</p>	<p>_____</p>

	<p>cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique:</p> <hr/>	<p>_____</p>
--	--	--------------

	<p><b>5a. Membro Inferior Esquerdo</b> <b>5b. Membro Inferior Direito</b></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. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em 2 membros. NT = Amputação ou anquilose, explique:</p> <hr/>	<hr/>
<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. 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. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<hr/>

<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>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 = <b>Mutismo</b>, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>	<p>_____</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 nalgumas 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 disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p>	<p>_____</p>



	<p>NT = Entubado ou outra barreira física; explique</p> <hr/>	
<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>	<hr/>

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.

**Mamãe**

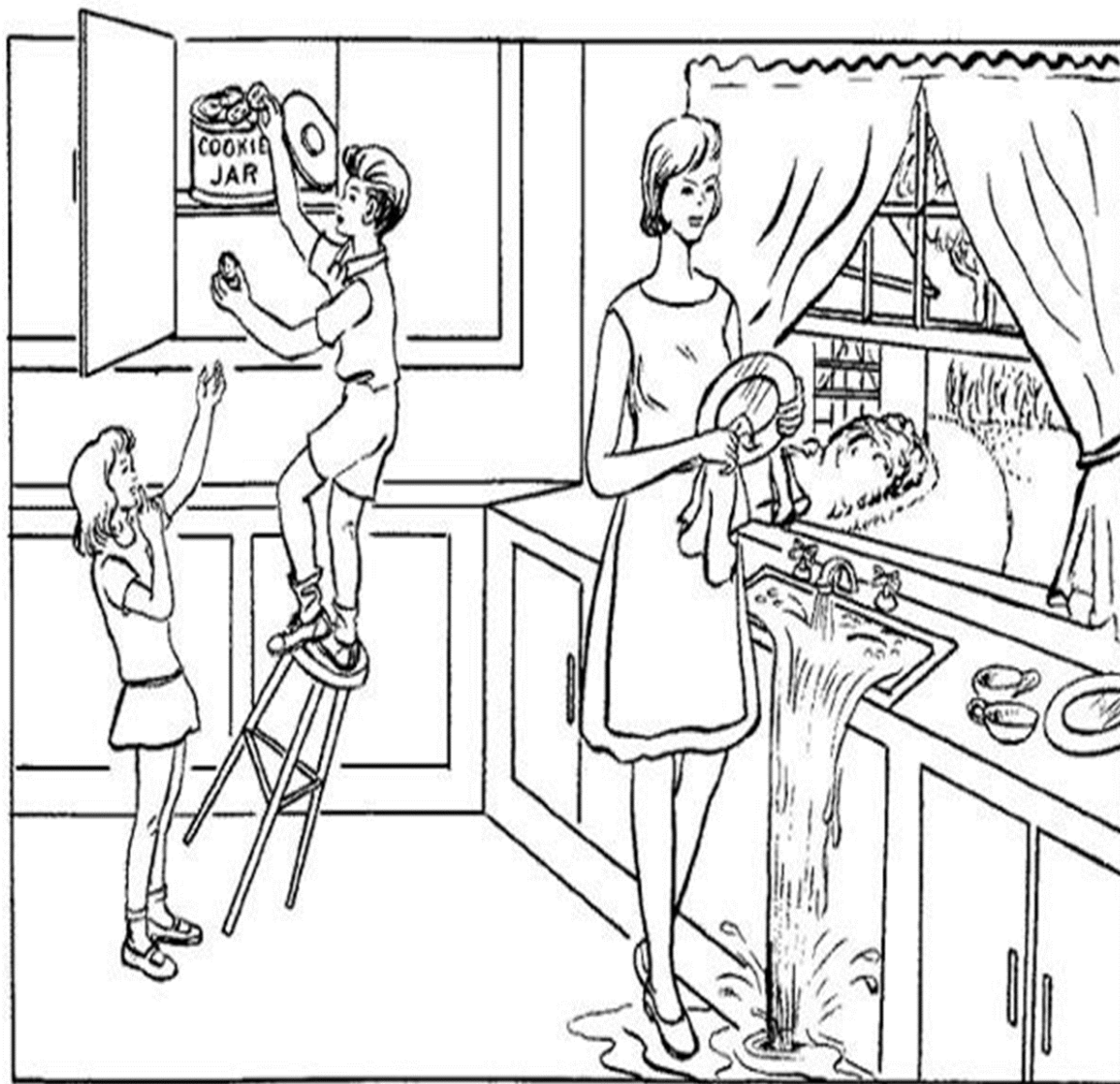
**Tic-Tac**

**Paralelo**

**Obrigado**

**Estrada-de-ferro**

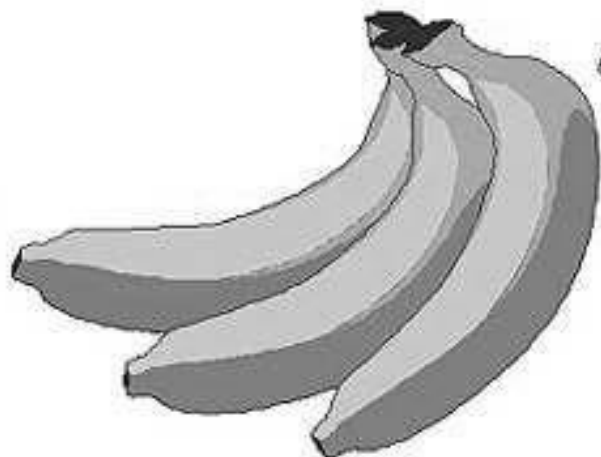
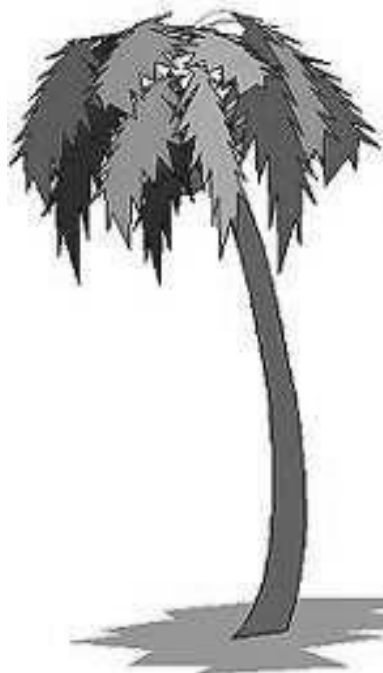
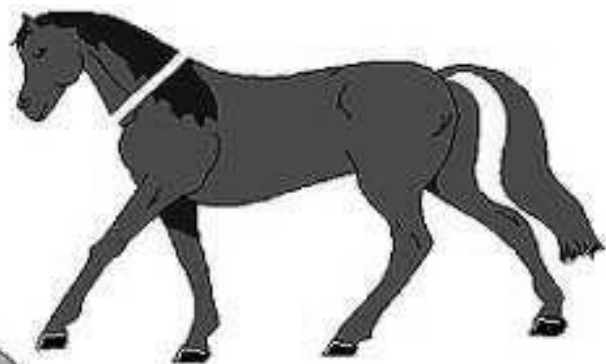
**Jogador de futebol**



Copyright © 1983 by Lee & Fetiper

Figura para o item 9. Melhor Linguagem.

Lista para Nomeação no item 9. Melhor Linguagem.



**Apêndice I – Plano de Cuidados Sr. J.A.R.**



**Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Plano de Cuidados Sr. J.A.R.**

**Sara Cristina Silvério Brissos Pereira**

**Lisboa**

**2019**



## **IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS**

Nome: Sr. J.A.R.

Data de Nascimento: 16/10/1971

Idade: 48 anos

Tipo: Leucodérmico

Estado Civil: Casado

Profissão: Reformado

Pessoa Significativa: Esposa

---

### **Internado na UCC – Programa de Reabilitação**

---

Data de Admissão: 2018/ 11/28

Motivo de Internamento: Continuidade de cuidados de reabilitação

Diagnóstico Principal: Sequelas pós AVC

## **APRECIÇÃO DO DOENTE**

### **História da doença atual**

No dia 31/5/2017, o Sr. J.A.R. foi vítima de acidente de viação. Seguiu em viatura de 4 rodas e sofreu embate frontal contra um poste. Acidente de elevada cinética sem encarceramento ou projeção. Foi assistido no local pelos bombeiros que encontraram o Sr. J.A.R. fora da viatura, apresentava Escala de Coma de Glasgow (ECG) inicial de 13. Foi transportado para o Hospital Pedro Hispano (H.P.H), segundo informação recolhida, apresentava SPO2 92% em ar ambiente, sem síndrome de dificuldade respiratória e sem alterações na auscultação. Tensão arterial (TA):176/104, Frequência cardíaca (FC): 86 bpm. Bacia estável. Feridas corto contusas na coxa esquerda, tornozelo esquerdo e joelho direito.

Exames realizados:

- Análises clínicas: Sem alterações
- ECG: Sem alterações
- Focused Assessment with Sonography for Trauma: Negativo
- Tomografia computadorizada coluna lombar: Sem alterações:
- Tomografia computadorizada tórax abdómen e pélvis: Sem alterações.



- Tomografia computadorizada crânio-encefálica: Revelou: Fratura parietal bilateral; Fratura temporal; Diástase da sutura coronal; Hematomas extra-axiais bilateral. Subdural hemisférico esquerdo (6,5mm); Subdural parietotemporal a direita (3 mm); Extradural região temporal (7,6) mm; Densificação bilateral da tenda do cerebelo, predomínio esquerdo; Diminutas contusões hemorrágicas frontais, fronto basais e anteriores esquerda sem edema vasogénio associado; Edema cerebral difuso.  
Moldagem do sistema ventricular predomínio a esquerda, e das estruturas medianas direita(8mm) associado a atenuação das cisternas da base. Hematoma epicraniano parietotemporal e occipital difuso.
- Tomografia computadorizada coluna cervical: revelou: Diminuta fratura do contorno anterior do côndilo occipital direito, sem desalinhamento. C1 desalinhamento ósseo, fenómenos degenerativos em C4-C5, C5-C6, C6-C7, uncartrose bilateral
- Tomografia computadorizada da base do crânio até C4: Observam-se imagens sugestivas de hematoma intracanalicular que se estende desde o limite superior da apófise odontoide de C2 até C4, assimétrica mais localizada a esquerda, sem efeito compressivo estando patentes planos de clivagem de líquido com o cordão modelar.
- Tomografia computadorizada Joelho esquerdo: Fratura cominutiva do prato tibial externo com atingimento da superfície articular efémero-tibial e tibioperoneal proximal. Dois fragmentos ósseos principais (um anterior e um posterior) com afastamento máximo de 10mm. Múltiplos fragmentos ósseos adicionais, os maiores intra-articulares, atingindo 22mm no espaço intercondiliano. Translação anterior da tíbia, sugerindo rutura do ligamento cruzado anterior. Hemartrose de pequeno volume.

Evolução no internamento:

Ortopedia: colocação de tala de gessada cruro-podálica do MIE.

Neurocirurgia: Por agitação marcada foi submetido a entubação orotraqueal e sedado. Realizada monitorização invasiva da PIC. Apresentou hipertensão intracraniana (HIC) refratária, a medidas médicas, atendendo à gravidade imagiológica o doente foi submetido a craniectomia descompressiva hemisférica esquerda, sob anestesia geral.

A 17/06/2017 colocação de derivação ventricular externa por HIC.

A 11/07/2017 realizada traqueostomia percutânea

A 7/09 /2017 colocação de VVP

A 21/09/2017 realizada cranioplastia.

Recuperação neurológica com abertura ocular, seguimento do olhar, com movimentos dirigidos, e mimica facial na presença dos familiares. Desmame ventilatório complicado por miopatia.

A 26/10/2017 transferido para hospital da área de residência. Apresenta traqueostomia em encerramento sem sinais inflamatórios. Dirige o olhar a chamada, sem resposta verbal espontânea, não cumpre ordens. Hemiplegia direita com mobilização espontânea do hemicorpo esquerdo.

A 18/12/2017 realizou consulta no Centro de Medicina e Reabilitação (CMR). Por agitação psicomotora não foi aceite em programa de reabilitação. Foi proposto transferência para RNCCI, e nova avaliação após um mês.

22/12/2017, colocada ortótese do MIE (extensão). Utente foi transferido para UCCI.

21/3/2018 utente transferido para CMR.

27/6/2018 transferido novamente para outra UCCI, onde permaneceu até 23/11/2018.

**Antecedentes Pessoais:** Obesidade Mórbida; Hipertensão Arterial

**Alergias:** Desconhece

## Medicação Prescrita

Medicamento	Dose	Via	Posologia
Quetiapina	100mg	PO	1xdia
Bisoprolol	2,5 mg	PO	1xdia
Levetiracetam	1000 mg	PO	2xdia
Sertralina	100mg	PO	1xdia
Trazodona	100mg	PO	1xdia
Amlodipina	10 mg	PO	1xdia
Tramadol	100mg	PO	2xdia

## Situação social familiar habitacional e económica

Agregado Familiar: O Sr. J.A.R. vive com a esposa e 2 filhos, um rapaz de 18 anos e uma rapariga de 16.

Cuidador informal: Esposa

História Social: Utente reside com a família numa moradia inserida num bairro residencial. A habitação de 2 andares, tem áreas amplas e dispõem de um escritório no R/C que foi semi-adaptado para acomodar uma cama articulada. A família conta com a ajuda ocasional da família alargada, irmã e sogra, do Sr. J.A.R. que constituem a rede de apoio desta família.

O utente após o acidente foi reformado por invalidez e recebe o subsídio de apoio a terceira pessoa. A esposa alterna baixa de assistência a família com períodos laborais. O Sr. J.A.R. demonstra interesse por filmes que vê diariamente e por jogos digitais “puzzles, jogos de memória e sopas de letras”

## AVALIAÇÃO OBJETIVA

### Parâmetros vitais

Tensão arterial	Frequência cardíaca	Dor	temperatura	Frequência respiratória	SpO2 %
128/88 mmg	59bpm	0	36,4 °C	22 cpm	96%

## Auscultação Pulmonar / Respiração

Padrão Respiratório	Auscultação pulmonar:
<b>Tipo:</b> Espontânea <b>Padrão:</b> Torácico <b>Amplitude:</b> Normal <b>Simetria:</b> Simétrica <b>Ritmo:</b> Regular	Apresenta murmúrio vesicular, simétrico bilateral sem ruídos adventícios

## Avaliação Neurológica

Consciência: O Sr. J.A.R. encontra-se vígil, apresenta na ECG um score 14.

*Escala Rancho Los Amigos*- Nivel 6: confundido y apropiado. El habla de los pacientes tiene sentido y son capaces de realizar tareas simples como comer y vestirse. Aprender cosas nuevas puede ser difícil.

Orientação: O Sr. J.A.R. está orientado auto e alo psiquicamente. O comportamento é calmo e adequado ao contexto em que se encontra.

Atenção: A atenção foi avaliada quanto vigilância tenacidade e concentração, esta não aparenta estar comprometida. O Sr. J.A.R. cumpriu sem dificuldade as atividades propostas. Foi-lhe pedido que sinalizasse (levantar a mão) sempre que ouvisse a letra "A" e que subtraísse "3" ao número 20.

Memória: Foram mencionados 3 objetos não relacionados" almofada, copo, caneta" e pedido que as repetisse de imediato, tendo cumprido com sucesso. Aparenta **não ter alteração da memória de trabalho**. De seguida, solicitou-se que as memorizasse. Após 3 minutos, foi-lhe solicitado que repetisse as palavras anteriormente mencionadas, tendo verbalizado "almofada e água", após pistas verbais, estímulo visual através de imagem. **A memória recente aparentemente comprometida. A memória retrógrada aparentemente preservada**, consegue recordar eventos passados (refere a data de nascimento, casamento e a sua naturalidade. No entanto, não consegue reter informação de um dia para o dia seguinte, nomeadamente quanto ao jantar do dia anterior.

Linguagem: O Sr. J.A.R. consegue produzir algumas palavras corretas, sobretudo formas de discurso automático (ex. «fogo», «nada»). Foram colocados 8 objetos que o Sr. J.A. R. conseguiu nomear, após ajuda ao iniciar a palavra referente ao objeto. Na prova de repetição repete as palavras simples, as palavras mais complexas e as frases tende em repetir o final das mesmas "ecolália". O utente cumpre ordens simples, sem dificuldade na maioria das

situações. O Sr. J.A. R. consegue identificar palavras escritas, consegue identificar letras, mas aparentemente não compreende o significado de uma frase. Quando solicitamos para ler em voz alta uma palavra, ele não consegue realizar, o que sugere alexia.

Funções práxicas: O Sr. J.A.R. não demonstra dificuldade na realização de gestos simbólicos, executou o gesto de continência sem dificuldade. Realiza a sequenciação de gestos icônicos de levar um copo à boca quando pedido e utiliza a escova para escovar o cabelo. Suga sem dificuldade por uma palhinha e consegue dar um beijo quando solicitado, faz o gesto de adeus na despedida. Solicitou-se que desenhasse uma flor que realizou com sucesso. Não conseguiu escrever, aparentemente devido a alexia.

Funções executivas: As funções executivas foram testadas no contexto do autocuidado, mais especificamente durante o planejamento e execução dos cuidados de higiene oral. O Sr. J.A.R não demonstra iniciativa para os cuidados de higiene e parece não compreender a necessidade dos mesmos, mas quando solicitado e mediante indicações verbais, consegue executar a ação e sequenciá-la. Devido a hemiparesia direita a pasta de dentes foi disposta sem tampa. O planejamento e organização do material para a higiene oral foi realizado no leito em posição sentado. O Sr. J.A.R. demonstrou capacidade para a seleção dos objetos corretos para a realização da higiene oral, entre outros objetos de higiene pessoal. Iniciou a sequência da ação autonomamente, pegou na escova de dentes e solicitou ajuda para colocar a pasta de dentes na mesma, dando continuidade a ação e solicitando ajuda sempre que a lesão motora não o permitia realizar autonomamente. Aparente compromisso da capacidade de iniciativa. Não foi possível avaliar a abstração.

<b>PARES CRANIANOS</b>	
<b>I Olfativo</b>	Consegue identificar os cheiros (café)
<b>II Ótico</b>	Realizou contagem dos dedos a curta e longa distância. Não foi possível avaliar angulo do campo visual (falta de colaboração)
<b>III Oculomotor</b> <b>IV Patético</b> <b>VI Oculomotor externo</b>	Apresenta resposta pupilar do canto externo para a linha nasal. Pupilas Iso reativas. Ao testar os movimentos conjugados verifica-se que segue o movimento, sem anomalias.
<b>V Trigêmeo</b>	Apresenta sensibilidade da face nas três divisões (oftálmico/maxilar/mandibular). Mantida a função motora dos músculos da mastigação (mastiga, encerra os dentes e manda beijinhos). Apresenta movimentos simétricos.
<b>VII Facial</b>	Aparenta discreto apagamento do sulco nasogeniano à direita; identificou os alimentos salgados e doce.
<b>VIII Vestibulococlear</b>	Testada a acuidade auditiva “estalar os dedos” verificou-se reação ao estímulo auditivo. Utente assume posição sentada com equilíbrio dinâmico e estático, utente não assume posição ortostática.
<b>IX Glossofaríngeo</b>	Identificou os alimentos salgados e doce.
<b>X Vago</b>	Apresenta reflexo de vômito. Sem alteração do tom de voz, fadiga vocal e rouquidão.
<b>XI Espinhal</b>	Apresenta movimentos ativos da cabeça e pescoço. Realiza elevação do ombro esquerdo contra resistência. Sem movimento ativo do ombro direito.
<b>XII Grande Hipoglosso</b>	Não se observa a existência de desvios ou tremores da língua. Movimentos da língua sem alterações.

## Avaliação Motora E Sensitiva

### Avaliação Força Muscular-Escala Medical Council Research

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO 24/10/2019		AVALIAÇÃO 22/11/2019	
		Dta	Esq	Dta	Esq
<b>Cabeça e pescoço</b>	Flexão	5/5		5/5	
	Extensão	5/5		5/5	
	Flexão lateral esquerda	4/5		4/5	
	Flexão lateral direita	4/5		4/5	
	Rotação				
<b>Membro Superior</b>		Dta	Esq	Dta	Esq
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão	0/5	4/5	0/5	4/5
	Extensão	0/5	4/5	0/5	4/5
	Abdução	0/5	4/5	0/5	4/5
	Adução	0/5	4/5	0/5	4/5
	Rotação externa	0/5	4/5	0/5	4/5
	Rotação interna	0/5	4/5	0/5	4/5
<b>Cotovelo</b>	Flexão	0/5	4/5	0/5	4/5
	Extensão	0/5	4/5	0/5	4/5
<b>Antebraço</b>	Supinação	0/5	4/5	0/5	4/5
	Pronação	0/5	4/5	0/5	4/5
<b>Punho</b>	Flexão palmar	0/5	4/5	0/5	4/5
	Dorsi- flexão	0/5	4/5	0/5	4/5
	Desvio radial	0/5	4/5	0/5	4/5
	Desvio cubital	0/5	4/5	0/5	4/5
	Circundação	0/5	4/5	0/5	4/5
<b>Dedos da mão</b>	Flexão	0/5	4/5	0/5	4/5
	Extensão	0/5	4/5	0/5	4/5
	Abdução	0/5	4/5	0/5	4/5
	Adução	0/5	4/5	0/5	4/5
	Circundação	0/5	4/5	0/5	4/5
	Oponência do polegar	0/5	4/5	0/5	4/5
<b>Membro Inferior</b>		Dta	Esq	Dta	Esq

<b>Coxo Femural</b>	Flexão	1/5	2/5	1/5	2/5
	Extensão	1/5	2/5	1/5	2/5
	Abdução	1/5	3/5	1/5	3/5
	Adução	1/5	3/5	1/5	3/5
	Rotação externa	1/5	2/5	1/5	2/5
	Rotação interna	1/5	2/5	1/5	2/5
<b>Joelho</b>	Flexão	1/5	3/5	1/5	3/5
	Extensão	1/5	3/5	1/5	3/5
<b>Tibiotársica</b>	Flexão plantar	1/5	3/5	1/5	3/5
	Flexão dorsal	1/5	3/5	1/5	3/5
	Inversão	1/5	3/5	1/5	3/5
	Eversão	1/5	3/5	1/5	3/5
<b>Dedos do pé</b>	Flexão	1/5	3/5	1/5	3/5
	Extensão	1/5	3/5	1/5	3/5
	Abdução	1/5	3/5	1/5	3/5
	Adução	1/5	3/5	1/5	3/5

### Escala Medical Council Research

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

### Avaliação Tónus Muscular- Escala de Ashworth

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO 24/10/2019	AVALIAÇÃO 22/11/2019
<b>Cabeça e pescoço</b>	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Flexão lateral esquerda	0	0



	Flexão lateral direita	0		0	
	Rotação				
<b>Membro Superior</b>		<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão	1	0	1	0
	Extensão	1	0	1	0
	Abdução	1	0	1	0
	Adução	1	0	1	0
	Rotação externa	1	0	1	0
	Rotação interna	1	0	1	0
<b>Cotovelo</b>	Flexão	1	0	1	0
	Extensão	1	0	1	0
<b>Antebraço</b>	Supinação	1	0	1	0
	Pronação	1	0	1	0
<b>Punho</b>	Flexão palmar	1	0	1	0
	Dorsi- flexão	1	0	1	0
	Desvio radial	1	0	1	0
	Desvio cubital	1	0	1	0
	Circundação	1	0	1	0
<b>Dedos da mão</b>	Flexão	1	0	1	0
	Extensão	1	0	1	0
	Abdução	1	0	1	0
	Adução	1	0	1	0
	Circundação	1	0	1	0
	Oponência do polegar	1	0	1	0
<b>Membro Inferior</b>		<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>
<b>Coxo Femoral</b>	Flexão	1	0	0	0
	Extensão	1	0	0	0
	Abdução	1	0	0	0
	adução	1	0	0	0
	Rotação externa	1	0	0	0
	Rotação interna	1	0	0	0
<b>Joelho</b>	Flexão	1	0	1	1
	Extensão	1	0	1+	1+
<b>Tibiotársica</b>	Flexão plantar	1	0	0	0

	Flexão dorsal	1	0	0	0
	Inversão	1	0	0	0
	eversão	1	0	0	0
<b>Dedos do pé</b>	Flexão	1	0	0	0
	Extensão	1	0	0	0
	Abdução	1	0	0	0
	Adução	1	0	0	0

### **Escala de Ashworth**

- 0- Nenhum aumento do tônus muscular.
- 1- Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima no final da amplitude do movimento articular (ADM). Quando a região é movida em flexão ou extensão.
- 1+ -leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante.
- 2- Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente.
- 3- Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
- 4- Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

### **Avaliação da Coordenação Motora**

O Sr. J.A.R. realiza a prova dedo-nariz de olhos abertos, pela dificuldade em compreender as orientações da prova necessita de algumas pistas, uma vez que nem sempre consegue identificar as partes do corpo. A prova dedo-nariz olhos fechados e alternância da palma da mão não foi possível realizar por falta de colaboração do Sr.

Realiza prova calcanhar-jelho com sucesso, mas apenas, no MI esquerdo devido a hemiparesia direita.

### **Avaliação do Equilíbrio**

O Sr. J.A.R. assume posição sentada com equilíbrio estático e dinâmico. Não assume posição ortostática.

## Avaliação da funcionalidade

### Medida de Independência Funcional – MIF

Data	24/10/2019
<b>Auto-cuidados</b>	
Alimentação	4
Higiene Pessoal	2
Banho	2
Vestir metade superior do corpo	3
Vestir metade inferior do corpo	1
Utilização da sanita	1
<b>Controlo do Esfíncteres</b>	
Bexiga	1
Intestino	1
<b>Transferências</b>	
Leito, cadeira; cadeira de rodas	1
Sanita	1
Banheira, chuveiro	1
<b>Locomoção</b>	
Marcha/ cadeira de rodas	1
Escadas	1
<b>Comunicação</b>	
Compreensão	3
Expressão	2
<b>Cognição Social</b>	
Interação social	3
Resolução de problemas	1
Memória	1
<b>Total</b>	
<b>Total</b>	<b>30</b>

**Níveis:**

7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (Ajuda técnica)

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (indivíduo participa  $\geq 75\%$ )

3 – Ajuda moderada (indivíduo participa  $\geq 50\%$ )

2 – Ajuda máxima (indivíduo participa  $\geq 25\%$ )

1 – Ajuda total (indivíduo participa  $\leq 25\%$ )

Nível 7, 6 e 5 – Grau Reduzido

Nível 4 e 3 – Grau Moderado

Nível 2 – Grau Elevado

Nível 1 – Grau Muito Elevado

**Índice de BARTHEL 24/10/2019**

- Higiene pessoal

**0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal**

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

- Evacuar

**0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)**

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)

- Urinar

**0 = Incontinente ou algaliado**

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

- Ir à casa de banho (uso de sanitário)

**0 = Dependente**

5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

- Alimentar-se

0 = Incapaz

**5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.**

10 = Independente (a comida é providenciada)

- 

- Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

**5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se**

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

- Mobilidade (deambulação)

**0 = Imobilizado**

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

- Vestir-se

0 = Dependente

**5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda**

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

- Escadas

**0 = Incapaz**

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

- Banho

**0 = Dependente**

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100) = 15 Dependência Total

Interpretação do Resultado

25 e menos pontos – dependência total

50 a 74 pontos – dependência severa

75 a 99 pontos - dependência moderada

99 a 99 pontos – dependência leve

100 pontos – totalmente independente

## **PLANO DE REABILITAÇÃO**

### **Principais Problemas**

Cognição comprometida em grau moderado

- Funções executivas
- Memória

Comunicação Comprometida

Autocuidado: Transferir-se Comprometido

Autocuidado: Higiene e Vestuário Comprometido

Movimento Muscular comprometido

Risco de Rigidez Articular

### **Referencial teórico – Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem**

Sistema totalmente compensatório

- Agir
- Proporcionar ajuda física e psicológica
- Manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal

*Sistema de Apoio-Educação*

- Guiar e orientar
- Ensinar

---

**Diagnostico: Risco de rigidez articular**

Objetivo	Intervenção de enfermagem	Registro de avaliação
<b>Melhorar o equilíbrio corporal;</b>	Avaliar força movimento articular através de escala Ashworth	22/11/2019 De acordo com escala de Ashworth o Sr. J.A.R, apresenta, score (1) no hemitorço mais afetado mais evidente nos dedos da mão.
<b>Promover o autocuidado</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo MS drt e MI drt em todos os segmentos corporais.	Score (1+) no MI esquerdo com enfase na extensão da articulação do joelho.
<b>Controlar e inibir a espasticidade</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido MI esq (dedos do pé; tibio-tarsica; coxo-femoral);	Restantes segmentos articulares score (0).
<b>Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado drt</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo MI esq (joelho) e MS esq em todos os segmentos; cabeça e pescoço.	O Sr. J. A R. aprendeu a executar as auto mobilizações, durante as sessões e manifesta satisfação com o seu progresso. No entanto ainda necessita de vigilância e assistência para a realização das mesmas.
<b>Reeducar o reflexo postural</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo- resistido MS esquerdo em todos os segmentos.	Realiza exercícios articulares activo-assistido, ativo; ativo resistido, com agrado, aparentemente motivado para os exercícios.
<b>Fortalecimento dos músculos para assumir a posição ortostática</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo- resistido MS esquerdo em todos os segmentos.	Os posicionamentos antispásticos, são realizados pela cuidadora regularmente. Esta não apresenta dificuldade na execução e aparentemente compreende a importância dos mesmos.
<b>Favorecer o alinhamento corporal</b>	Ensinar e treinar auto mobilização.	
<b>Prevenção da rotação externa do MI direito.</b>	Executar técnica de posicionamento antispástico	

---

**Estimular a sensibilidade corporal** Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento antispástico

**Promover a consciência do MS direito (afetado).**

---



---

**Diagnostico: Movimento muscular diminuído**

Objetivo	Intervenção de enfermagem	Registo de avaliação
<b>Melhorar o equilíbrio corporal;</b>	Avaliar força muscular através de escala Escala Medical Council Research	22/11/2019 não apresenta alterações ao nível da força muscular.
<b>Promover o autocuidado</b>		
<b>Controlar e inibir a espasticidade</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo MS drt e MI drt em todos os segmentos corporais.	Realiza os exercícios muscular e articular passivo; ativo; ativo-assistido e ativo- resistido, com agrado e motivado. Necessita de incentivo na realização dos exercícios ativos e ativo-resistidos.
<b>Estimular a ação voluntaria dos músculos do tronco do lado afetado drt</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido MI esq (dedos do pé; tibio-tarsica; coxo-femoral;	Executa a ponte com ajuda inicial, e necessita de corrigir o alinhamento. Apresenta dificuldade no exercício de rolar bilateral mais acentuado para o lado mais afetado(direito)
<b>Reeducar o reflexo postural</b>		Realiza a rotação controlada da anca com ajuda parcial.
<b>Fortalecimento dos músculos para assumir a posição ortostática</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo MI esq (joelho) e MS esq em todos os segmentos; cabeça e pescoço.	
<b>Favorecer o alinhamento corporal</b>		
<b>Prevenção da rotação externa do MI drt.</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo- resistido MS esquerdo em todos os segmentos.	Apresenta dificuldade em realizar carga no cotovelo, necessita de ajuda parcial, no início do movimento.
<b>Estimular a sensibilidade corporal.</b>	Ensinar e treinar auto mobilização. Executar atividades terapêuticas:	
<b>Promover a consciência do MS direito (afetado).</b>	Ponte Rolar bilateral Rotação controlada da anca Carga no cotovelo	

---

---

**DIAGNOSTICO: MEMÓRIA E FUNÇÕES EXECUTIVAS COMPROMETIDAS**

---

<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
<b>Recuperar e readaptar défices de memória;</b>	Avaliar compromisso da memória e funções executivas	22/11//2019_ O Sr. J.A.R apresenta compromisso da memória recente. Aparente compromisso da capacidade de iniciativa.
<b>Compensar défices de memória;</b>	Planear TOR	O Sr. J.A.R localiza com ajuda objetos do ambiente.
<b>Manter participação social e familiar</b>	Executar exercícios de localização de objetos do ambiente e localização de cores.	Identifica os familiares nas fotografias, por vezes necessita de ajuda, mas aparentemente mais rápido na nomeação.
<b>Aumentar a memória lexical</b>	Estimular memória episódica com recursos mnemónicos (Ex: fotos).	Realiza jogos de memória em Tablet, com sucesso.
	Incentivar o prestador de cuidados para estimulação através de jogos (Ex: sopa de letras e jogo de pares)	A família participa ativamente na estimulação com jogos de mnemónica.

---

---

**DIAGNOSTICO: COMUNICAÇÃO COMPROMETIDA**

---

Objetivo	Intervenção de enfermagem	Registo de avaliação
<b>Otimizar comunicação</b>	Avaliar a fluência; nomeação, compreensão e repetição.	<u>22/11/2019-</u> O Sr. J.A.R apresenta afasia não fluente. A família desenvolveu técnica adaptativa de comunicação.
<b>Promover e manter a participação e interação social</b>	Incentivar a comunicação e expressão verbal, abordando assuntos de interesse do Sr. J.A.R.	Aparente compromisso da memória lexical que dificulta a comunicação. O Sr. J.A.R realiza com agrado e participa no treino de nomeação de objetos. Na maioria das vezes necessita de ajuda para iniciar a nomear.
	Otimizar a comunicação, verbalizando frases simples, com questões e indicações objetivas. Proporcionar tempo ao doente para se expressar, evitando interrupções; Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não verbal (gestos e imagens)	Apresentada ferramenta digital, ao Sr.J.A.R. e família. A família considerou a mesma muito útil. O Sr. aceitou bem a ferramenta e adaptou-se, realizando treino de linguagem autonomamente.
	Treinar a repetição e nomeação de objetos;	
	Ensinar prestador de cuidados sobre material educativo. app “talk Around in Portugues”	

---

---

**DIAGNOSTICO: AUTOCUIDADO: HIGIENE E VESTUÁRIO COMPROMETIDO**

---

<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
<b>Otimizar a realização dos autocuidados;</b>	Avaliar e monitorizar o autocuidado com recurso à escala de Barthel e MIF.	22/11/2019: discreta alteração do índice de Barthel 15 dependência grave para 20 dependência grave.
<b>Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nos autocuidados;</b>	Incentivar o prestador de cuidados a adotar estratégias que promovam a autonomia do Sr. J.A.R.	O Sr. J.A.R quando incentivado realiza a higiene pessoal no leito, em posição sentado com ajuda parcial. Consegue lavar a cara pescoço e MS direito e mãos. realiza também a higiene oral.
<b>Promover a autoestima</b>	Ensinar o prestador a planear a realização dos autocuidados.	Consegue secar o corpo. Veste-se com ajuda parcial para colocar a camisola no colo e iniciar a vestir o MS direito.
<b>Manter tónus muscular;</b>	Fornecer reforço positivo.	O prestador de cuidados, mantém-se pouco colaborante na promoção da autonomia do doente, afirma que “não tem tempo”. No entanto demonstra capacidade para realizar o treino de higiene pessoal com o Sr. J.A.R sem dificuldade.
<b>Aumentar a tolerância ao esforço;</b>	Treinar vestir e despir.	
<b>Manter a integridade dos tegumentos;</b>	Treinar a higiene pessoal	
<b>Promover a higiene da pele;</b>		
<b>Estimular a Neuroplasticidade</b>		

---

---

**Diagnostico: AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE COMPROMETIDO**

---

<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
<b>Otimizar a realização dos autocuidados;</b>	Avaliar e monitorizar o autocuidado com recurso à escala de Barthel e MIF.	<u>22/11/2019-</u> Realizados ensinios ao prestador de cuidados, aparentemente compreende e tem capacidade para realizar adaptação, mas não demonstra interesse na realização dos mesmos.
<b>Promover a motivação para a aquisição de maior autonomia nos autocuidados;</b>	Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se	
<b>Promover a autoestima</b>	Ensinar sobre dispositivo auxilia para transferir-se	
<b>Manter tónus muscular;</b>	Incentivar o prestador de cuidados a adotar estratégias que promovam a autonomia do Sr. J.A.R.	O Sr. J.A.R não realiza transferências por não conseguir fazer carga nos membros Inferiores. Devido a obesidade a família adquiriu um elevador (por empréstimo) para facilitar a tarefa, no entanto este está avariado.
	Fornecer reforço positivo	
	Assistir o Sr. J.A.R. a transferir-se.	A família recusa utilizar tábua de transferência.
	Ensinar técnica transferir.	
	Dar orientação sequencial	

---

## Bibliografia

- Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. McGraw Hill
- Damasio, H., Tranel, D., Grabowski, T., Adolphs, R., Damasio, A. (2004). Neural systems behind word and concept. *Cognition*. 92, 179-229. DOI:10.1016/j.cognition.2002.07.001
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lidel
- Leal, G., Martins, I.P. (2005). Avaliação da afasia pelo médico de família. *Rev Port Clin Geral*. 21 (4), 359-364. DOI:10.32385/rpmgf.v21i4.10154
- Mansur, L.L., Radanovic, M., Taquemori, L., Greco, L., Araújo, G.C. A. (2005). Study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination Portuguese version: a reference guide for the Brazilian population. *Brazilian Journal Medicine Biology Research*, 38(2), 277- 292. DOI:10.1590/S0100-879X2005000200017
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência
- Mineiro, A., Caldas, A.C., Rodrigues, I., Leal, G. (2011). Revisitando as Afasias na PALPA-P. *Cadernos de Saúde*, 1(2), 135-146. DOI:10.34632/cadernosdesaude.2008.2776
- Monteiro, M.F.A. (2015). *Funções executivas em afásicos* (Dissertação de Mestrado). Disponível em:  
<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41298/Tese15072.pdf;jsessionid=B315A169535EA08663F8300ABF3681C6?sequence=1>

Olsson, C., Arvidsson, P., Johansson, M.B. (2019). Relations between executive function, language, and functional communication in severe aphasia. *Aphasiology* 33(7), 821–845.  
DOI:10.1080/02687038.2019.1602813

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de Reabilitação*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MC EER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MC EER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice (6ª ed.)*. Mosby

Pereira, J. (2012). *Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidado intensivo*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Formasau

Purdy, M. (2002). Executive function ability in persons with aphasia. *Aphasiology*, 16 (4/5/6), 549–557. DOI:10.1080/02687030244000176

Seeley, R.R., Stephens, T.D., Tate, P. (2007). *Anatomia & Fisiologia (6ª ed)*  
Lusociência

Sohlberg, M.M., & Mateer, C.A. (2015). *Reabilitação cognitiva: Uma abordagem neuropsicológica integrada*. São Paulo. Santos Editora

**Apêndice II - Jornal de Aprendizagem: Alteração da linguagem vs  
Alteração da memória**



## **Alteração da linguagem vs. Alteração da memória**

Iniciei a primeira fase do meu estágio na unidade de cuidados continuados (UCC) de Palmela. Habitualmente as visitas domiciliárias do enfermeiro de reabilitação realizam-se maioritariamente no período da manhã. Por este motivo o meu primeiro turno ocorreu antes da consulta dos processos dos doentes que estão no programa de reabilitação. Considerei que esta primeira abordagem seria um momento privilegiado para proceder à observação de diversos aspetos, nomeadamente o ambiente familiar, a interação do doente com o meio (família e profissionais de saúde) e os recursos que a família dispõe.

É de salientar que esta primeira abordagem foi também importante para pôr em prova os conhecimentos teóricos já adquiridos e mobilizá-los para a prática, mais concretamente para a avaliação das necessidades da pessoa e para a identificação das suas limitações, uma vez que sem conhecimento prévio das necessidades da pessoa e da família este momento constituiu-se um desafio.

O Sr. J.A.R. sofreu um traumatismo crânio encefálico num acidente de viação e posteriormente hemorragia cerebral. Conclui na minha observação que o Sr. J.A.R. apresenta hemiparesia à direita e alteração das funções cognitivas, no entanto senti-me pouco segura da conclusão a que cheguei. Durante a intervenção da enfermeira orientadora, o Sr. J.A.R. cumpriu ordens simples, enumerou os movimentos realizados durante os exercícios de mobilização e deu respostas simples “sim” e “não”. Nesta primeira abordagem fui incapaz de identificar qual a alteração da linguagem subjacente ao desempenho do Sr. J.A.R., não foi claro e evidente que estava perante uma afasia. Fiquei hesitante, com dúvida se estaria presente uma alteração da memória, da linguagem ou das funções executivas ou se estas funções cognitivas estariam todas elas em simultâneo a convergir para o cúmulo de sinais e sintomas que eu estava a observar. Se por um lado esta dificuldade fez emergir um sentimento de frustração, por outro impulsionou-me a pesquisar e procurar respostas para as dúvidas e questões que assomaram.

O desenvolvimento da comunicação acompanha o desenvolvimento dos sistemas sensoriais e motores que ocorreram com o desenvolvimento das

espécies. O nível mais alto da comunicação é a linguagem que é própria da espécie humana (Caldas, 2000). A área da fala situa-se no córtex cerebral esquerdo. Participam na linguagem duas áreas principais, sendo estas a área de Wernicke, a área sensorial da fala que ocupa uma parte do lobo parietal e que é essencial para a compreensão e formulação de um discurso coerente e a área de Broca, a área motora da fala que ocupa a parte inferior do lobo frontal e inicia as sequências mais complexas de movimentos necessários à fala (Seeley, 2007).

A Afasia é uma desordem da produção ou compreensão da linguagem que surge na sequência de uma lesão cerebral (Ferro, 2006). É caracterizada por um conjunto de déficits linguísticos que afetam a comunicação e alteram a emissão e compreensão da fala em diferentes níveis, de acordo com as áreas do cérebro afetadas (Mansur et al., 2005). Ocorre assim um colapso da tradução bidirecional que estabelece uma correspondência entre pensamentos e linguagem. As pessoas com afasia não conseguem converter com precisão as sequências de representações mentais não verbais que constituem o pensamento nos símbolos e na organização gramatical que integram a linguagem. Pode dizer-se que as imagens ou representações no pensamento não podem ser convertidas nas palavras e frases que as traduzem adequadamente, por outro lado, a geração de imagens internas para coincidir com uma frase que é ouvida ou lida, também está comprometida nas pessoas afásicas (Damásio, 1992). A descrição anatómica das áreas de Broca e Wernicke, em cima mencionada, é uma descrição clássica que Damásio (2004) reconhece como correta, no entanto incompleta. Segundo o autor, não é aceitável a ideia de que essas duas áreas da linguagem, sozinhas e interligadas entre si, por uma via direta e unidirecional, traduzam pensamentos em palavras e vice-versa. As considerações atuais dos macrossistemas envolvidos no processamento da linguagem referem o envolvimento de muitas outras regiões cerebrais, ligadas por vias bidirecionais, formando sistemas que podem, subsequentemente, interagir entre si. Ullman (2004) refere que a estrutura do cérebro e a natureza da sua evolução insinua que apesar de sua singularidade, a linguagem provavelmente depende de sistemas cerebrais que também preservam outras funções. A linguagem depende de um "léxico mental" memorizado e de uma "gramática mental," sendo que a memória lexical depende

em grande parte do sistema de memória declarativa que corresponde às memórias que estão acessíveis e que podem ser evocadas através de palavras, enquanto os aspetos gramaticais dependem do sistema de memória processual. A memória *processual* não pode ser evocada por palavras, mas sim no desenvolvimento de habilidades.

Há um reconhecimento crescente de que os problemas de comunicação que se observam nas pessoas com afasia vão além das alterações da linguagem e que os sintomas que se observam não se devem apenas às alterações da mesma. Vários estudos sugerem que o sucesso da comunicação de pessoas com afasia pode depender da integridade da memória e das funções executivas. Ferro & Pimentel (2006) destacam as funções executivas do conjunto das funções nervosas superiores e atribuem-lhes relevo devido à sua participação nos nossos comportamentos, emoções, sensações e atividade cognitiva mais complexa, onde se impõe ponderação de múltiplos fatores (conceitos morais, regras sociais, princípios de justiça, aspetos emocionais, entre outros), como na tomada de decisões mais difíceis, análises de novas situações ou estratégia e planeamento de ações. As funções executivas são recrutadas quando uma pessoa está mergulhada numa atividade complexa e inovadora. Permitem-nos planear, sequenciar, organizar e supervisionar atividades orientadas por objetivos de uma forma flexível, de acordo com as situações e o ambiente.

Segundo Purdy (2002), quando a linguagem está comprometida as pessoas precisam de confiar noutras competências cognitivas para poderem comunicar, o que significa que é de suma importância considerar a integridade das funções executivas, em pessoas com diagnóstico de afasia e tentar determinar a influência da alteração das mesmas no desempenho da comunicação. Identificar as alterações das funções cognitivas para além das alterações da linguagem pode, em última análise, determinar uma intervenção mais eficiente.

Por conseguinte, tudo me leva a crer que a minha dificuldade em inferir a alteração cognitiva subjacente ao desempenho do Sr. J.A.R. na comunicação, pode ser justificada pela correlação de todas estas funções cognitivas que tenho vindo a estudar. Todavia, fica evidente que é imprescindível as pessoas com afasia sejam alvo de uma avaliação completa e adequada das suas capacidades

e seja considerada a importância da função executiva na intervenção direcionada a comunicação (Olsson, 2019).

Para conceber um plano de cuidados de reabilitação é necessário que o enfermeiro proceda a uma avaliação sistemática que lhe permita identificar as necessidades de intervenção específica. A colheita de dados deve ser completa, com recurso ao processo clínico, semiologia clínica, exames auxiliares de diagnóstico, entrevista à pessoa e à família. Esta deve ser associada a uma avaliação cuidada e criteriosa da pessoa. A avaliação neurológica meticulosa é fundamental e decisiva, impondo uma avaliação da consciência, funções cognitivas (atenção, memória, funções práticas, funções executivas e linguagem) e pares cranianos. Esta pode e deve ser complementada com escalas já desenvolvidas e utilizadas. Destaco a sua relevância na identificação das funções cognitivas afetadas, como também na avaliação no grau de severidade presente, tal como na avaliação dos resultados esperados. O *Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)* consiste numa bateria de testes criada por Harold Goodglass e Edith Kaplan que avalia a linguagem em diversas vertentes, totalizando vinte e sete sub-testes que, além do tipo de afasia, quantifica a severidade da mesma. Para Leal e Martins (2005), a classificação da afasia depende do desempenho da pessoa em quatro parâmetros fundamentais:

- Fluência do discurso
- Nomeação de objetos
- Repetição de palavras
- Compreensão de ordens simples

Estas estão categorizadas em afasias não-fluentes e afasias fluentes de acordo com as características do discurso. De grosso modo, as afasias não fluentes correspondem a lesões cerebrais anteriores (frontais ou pré-rolândicas) e as afasias fluentes a lesões posteriores (temporoparietais ou pós-rolândicas). Segundo Goodglass (1983), citado por Monteiro (2015), uma das características das afasias fluentes são as parafasias que podem suceder com frequência, isto é, trocas fonológicas ou semânticas que deturpam as palavras e a mensagem transmitida. Um exemplo disso ocorre quando a pessoa quer dizer “copo” e emite “tópo”. Na troca semântica, a pessoa ao querer dizer “copo” consegue apenas emitir palavras semanticamente relacionadas, como por exemplo a palavra

“água”. Também pode ocorrer a dificuldade de entendimento do próprio discurso, o que indica incapacidade de supervisionar a mensagem falada e conduz a um discurso verborreico, desconexo e sem sentido. Os jargões (palavras sem significado apropriado e sem contexto), por vezes, surgem na emissão da fala, como se verifica com alguma frequência na afasia de Wernicke. Nas afasias não fluentes, a dificuldade reside principalmente na emissão de palavras. O discurso é lento, entrecortado e telegráfico, corrompido pela imperfeição gramatical que conduz ao erro de conjugações verbais e agramatismo, como por exemplo a frase: “Fazer ele viu... mãe... bolo”. Também pode ocorrer perseveração de palavras (emissão da mesma palavra utilizada no contexto anterior). No entanto, a compreensão geralmente está preservada e as parafasias são raras. (Monteiro, 2015, p.20-21)

CLASSIFICAÇÃO DAS AFASIAS				
TIPO DE AFASIA	FLUÊNCIA	COMPREENSÃO	NOMEAÇÃO	REPETIÇÃO
Global	Não fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Broca	Não fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Transcortical mista	Não fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Transcortical motora	Não fluente	Normal	Perturbada	Normal
Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Condução	Fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
Transcortical sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
Anômica	Fluente	Normal	Perturbada	Normal

Leal e Martins (2005)

A reflexão que aqui realizo leva a concluir que existe uma relação direta entre a linguagem, a memória e as funções executivas. Para alcançar uma comunicação eficaz, colaboram na linguagem as capacidades do hemisfério esquerdo e do hemisfério direito, este último contribui na compreensão dos sons e das palavras. Damásio (2004) defende que o processamento da linguagem recebe ainda a colaboração de regiões do cérebro que assistem em tarefas como a recordação e a organização de palavras. Desta forma, a dificuldade que percecionei na avaliação da linguagem justifica-se pela relação entre os processos cognitivos e ausência de uma avaliação neurológica minuciosa. Para

conceber um plano de cuidados de reabilitação é necessário que o enfermeiro realize uma avaliação sistemática que lhe permita identificar as necessidades de intervenção específicas, pois só assim será possível melhorar a qualidade de vida da pessoa e a sua consequente reintegração na sociedade. O processo da reabilitação, sendo único e pessoal, deve ser adaptado a cada pessoa à sua singularidade e à especificidade da sua incapacidade. Esta só será possível aferir após a realização de uma análise de todos os dados colhidos na avaliação sistemática, sendo este um dos pontos que pretendo aperfeiçoar.

## Referências Bibliografia:

- Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. McGraw Hill
- Damasio, H., Tranel, D., Grabowski, T., Adolphs, R., Damasio, A. (2004). Neural systems behind word and concept. *Cognition*. 92, 179-229. DOI:10.1016/j.cognition.2002.07.001
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lidel
- Leal, G., Martins, I.P. (2005). Avaliação da afasia pelo médico de família. *Rev Port Clin Geral*. 21 (4), 359-364. DOI:10.32385/rpmgf.v21i4.10154
- Mansur, L.L., Radanovic, M., Taquemori, L., Greco, L., Araújo, G.C. A. (2005). Study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination Portuguese version: a reference guide for the Brazilian population. *Brazilian Journal Medicine Biology Research*, 38(2), 277- 292. DOI:10.1590/S0100-879X2005000200017
- Mineiro, A., Caldas, A.C., Rodrigues, I., Leal, G. (2011). Revisitando as Afasias na PALPA-P. *Cadernos de Saúde*, 1(2), 135-146. DOI:10.34632/cadernosdesaude.2008.2776
- Monteiro, M.F.A. (2015). *Funções executivas em afásicos* (Dissertação de Mestrado). Disponível em:  
<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41298/Tese15072.pdf;jsessionid=B315A169535EA08663F8300ABF3681C6?sequence=1>
- Olsson, C., Arvidsson, P., Johansson, M.B. (2019). Relations between executive function, language, and functional communication in severe aphasia. *Aphasiology* 33(7), 821–845. DOI:10.1080/02687038.2019.1602813

Purdy, M. (2002). Executive function ability in persons with aphasia. *Aphasiology* 16 (4/5/6), 549–557. DOI:10.1080/02687030244000176

Seeley,R.R., Stephens, T.D., Tate, P. (2007). *Anatomia &Fisiologia* (6ª ed)  
Lusociência

Ullman, M.T (2004). Contributions of memory circuits to language: the declarative/procedural model. *Cognition*, 92, 231-270.  
DOI:10.1016/j..2003.10.008



**Apêndice III – Plano de Cuidados Sra. A.F.B**

**Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Plano de Cuidados Sra. A.F.B.**

**Sara Cristina Silvério Brissos Pereira**

**Lisboa**

**2019**





## IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS

Nome: Sr. A.F.B

Data de Nascimento: 14/04/1957

Idade: 62 anos

Tipo: Leucodérmica

Estado Civil: casada

Profissão: empresária em nome individual - agricultura

Pessoa Significativa: Marido

## APRECIÇÃO DA PESSOA

### História da doença atual

(Dados recolhidos do processo clínico e família)

Sr.<sup>a</sup> A.F.B previamente autónoma, cerca das 07h00 do dia 01/12/2019 foi encontrada com diminuição da força muscular (FM) do hemicorpo à direita e mutismo. Na sequência desta ocorrência foi ativada a via verde AVC pelo CODU, após pedido de socorro realizado pelo marido. Foi transportada ao Hospital. À chegada a doente encontrava-se em mutismo, não cumpria ordens, e apresentava desvio oculocefálico para a esquerda e hemiplegia direita.

Apresentava score **24 na escala de NIHSS**;

PA: 146/80mmhg;

Glicemia capilar 129mg/dl;

### Exames realizados:

- Análises clínicas:
  - INR capilar de 1,0
- *Tomografia* computadorizada crânio-encefálica, revelou: ASPECTS 6 e decidiu-se iniciar rtPA pelas 9h07, para um peso de 60Kg.
- A angioTC mostrava oclusão do segmento M1 da ACM esquerda.
- Angiografia, mostrou oclusão proximal da ACM esquerda, segmento M1, bem como da transição P2/P3 esquerda.

Realizou trombectomia aspirativa na ACM, ficou internada para estudo e vigilância na UCV. Durante a permanência na unidade verificou-se discreta melhoria do déficit motor, encontrando-se à data de transferência: vígil; em mutismo; tenta cumprir algumas ordens, embora de forma inconsistente. Dirige o olhar. Sem desvio oculo-cefálico. Apresenta hemianopsia homônima (por ausência de reflexo à ameaça). Apresenta paresia facial central direita, hemiparesia direita (esboça contração do membro superior direito); e faz movimento anti gravítico do membro inferior direito, com queda no leito.

- Realizou TC-CE de controle às 24h que mostrou enfarte isquémico cortico-subcortical em topografia temporo-insular e parietal esquerda, com extensão núcleo-basal homolateral, bem como enfarte cortico-subcortical temporo-occipital à esquerda, com possível discreto envolvimento do tálamo homolateral, sem transformação hemorrágica.

Iniciou AAS e enoxaparina em dose profilática.

Do estudo vascular realizado destaca-se:

- Avaliação analítica:

Colesterol total 186mg/dL;

HDL 44mg/dL;

LDL 133mg/dL;

Triglicéridos 135mg/dL.

HbA1c 5.6%.

Serologias negativas. Sem outras alterações de relevo.

- - DVP: fibrocálcica, homogênea e regular na bifurcação carotídea bilateralmente (de maior dimensão à esquerda), contudo sem repercussão hemodinâmica significativa.
- - DTC (doppler transcraniano): Estenose residual significativa ( $\pm 50\%$ ) no segmento M1 da artéria cerebral média esquerda. Cerebral posterior

esquerda (P1 e P2) permeável e com velocidades de fluxo dentro da normalidade

**Trombolysis in Brain.** Ischemia TIBI 5. Artéria vertebral esquerda dominante.

- - ETT Ecocardiograma transtorácico: Boa FSG. Aurícula esquerda discretamente dilatada.
- Assume-se AVC isquémico do território da ACM e ACP esquerdas de etiologia indeterminada (embora ainda não tenha concluído estudo com Holter e/ou registor de eventos). Dada localização dos eventos em dois territórios distintos assume-se a causa embólica a mais provável, sem fonte embólica identificada até ao momento.

Dada estabilidade clínica, transfere-se a doente para o hospital da área de residência.

Diagnóstico Principal: AVC isquémico ACM e ACP esquerda

Data de Admissão: 2019/12/03

Terapêutica Instituída no internamento

<u>Medicamento</u>	<u>Dose</u>	<u>Via</u>	<u>Posologia</u>
<u>Rosuvastatina</u>	20 mg	PO	1xdia
<u>Acido acetilsalicilico</u>	100 mg	PO	1xdia
<u>Labetalol,</u>	100mg/20m	IV	1xdia
<u>Esomeprazole</u>	20 mg	PO	2xdia
<u>Bisacodilo,</u>	5mg	PO	1xdia
<u>Sertralina,</u>	50mg.	PO	1xdia
<u>Ramipril</u>	1,25 mg	PO	1xdia
<u>Cefuroxima,</u>	750mg	IV	8h/8h
<u>Paracetamol</u>	10 mg/ml	IV	8h/8h

**Antecedentes Pessoais:**

Sem hábitos aditivos

Alergias: desconhece

Co morbilidades: Hipertensão Arterial; excesso de peso.

Medicação Habitual: Bisoprolol e telmisartan/HCTZ (não foi possível apurar dosagem e posologia).

Antecedentes cirúrgicos- Cirurgia do colo do fémur 2018.

### **Situação social familiar habitacional e Económica:**

Agregado Familiar: A Sr.<sup>a</sup> A.F.B. vive com o marido e com o filho mais novo (30 anos)

Cuidador informal: Marido

História Social: A Sr.<sup>a</sup> A.F.B, tem dois filhos do primeiro casamento do qual ficou viúva. Atualmente vive com o marido, e com o filho mais novo. O Filho mais velho vive em angola

A Sr.<sup>a</sup> A.F.B reside com a família, numa moradia de dois andares com áreas amplas. As áreas comuns da habitação: cozinha e sala de estar e jantar e W.C de serviço encontra-se no R/C. Os quartos situam-se no 2º andar. A habitação fica localizada no Pinhal Novo, numa herdade com 10 hectares de vinha, que a mesma explora.

A família tem uma colaboradora doméstica que ajuda nas tarefas de casa, não foi possível apurar o número exato dos funcionários que trabalham nas tarefas agrícolas da herdade.

A Sr.<sup>a</sup> A.F.B tem animais domésticos 1 cão e 2 gatos com os quais tem uma relação muito próxima. De acordo com o marido, esta gosta de fazer caminhadas nos seus tempos livres.

### **AVALIAÇÃO OBJETIVA**

#### **Parâmetros vitais**

<b>Tensão arterial</b>	<b>Frequência cardíaca</b>	<b>Dor</b>	<b>Temperatura</b>
113/75	63 bpm	0	36,6°C

---

### **Padrão Respiratório**

---

**Tipo:** espontânea

**Padrão:** torácico

**Amplitude:** superficial

**Simetria:** simétrica

**Ritmo:** irregular

Cumprido O<sub>2</sub> 2l por óculos nasais

**Auscultação pulmonar:** apresenta murmúrio vesicular, simétrico bilateral sem ruídos adventícios.

---

<b>Frequência respiratória</b>	<b>Spo2%</b>
<b>17 23 cpm</b>	<b>96</b>

---

### **Avaliação Neurológica**

Consciência e Orientação: encontra-se vígil, cumpre ordens simples, resposta incompreensível. Glasgow 12. Não é possível avaliar a orientação. O comportamento é adequado ao contexto em que se encontra.

Atenção: A atenção foi avaliada quanto a vigilância ou atenção espontânea e tenacidade ou atenção voluntária. A Sr.<sup>a</sup> A.F. B, aparentemente não apresenta alteração da vigilância uma vez que a sua atenção é captável. A Sr.<sup>a</sup> A.F.B. abre os olhos à estimulação tátil e auditiva e dirige o olhar ou desvia a cabeça no sentido do estímulo, contudo nem sempre fixável, por vezes manifesta dificuldade em manter a atenção nas indicações fornecidas, distrai-se facilmente com pequenos estímulos externos (entrada de uma pessoa no quarto) **aparentemente a tenacidade está alterada.**

Linguagem: A Sr.<sup>a</sup> A.F.B. pronuncia palavras incompreensíveis, discurso jargonafásico, não nomeia e não repete palavras. Aparentemente a **compreensão** também está **comprometida**, cumpre ordens simples de forma inconsistente que poderá estar influenciada pela apraxia (quando solicitado que mostre a língua e ponha para fora ela esboça um movimento na boca, mas não executa a ação pedida. Poderá ter apraxia buco-facial. Aparenta melhor



compreensão do discurso coloquial do que ordens, por vezes parece perceber o que estamos a dizer e dá respostas adequadas, mas quando lhe solicitamos que execute uma ordem simples como «segure a minha mão», aparentemente não compreende. Quando é solicitada a identificação de letras não consegue realizar, bem como a **escrita que aparenta estar alterada (agrafia, não consegue escrever letras ou o nome)**.

Memória: Não foi possível realizar uma avaliação objetiva para avaliar a memória. Contudo a Sr.<sup>a</sup> A.F.B. manifesta alegria perante a visita dos familiares mais próximos reconhecendo-os, a **memória de logo-prazo aparenta estar preservada.**

<b>PARES CRANIANOS</b>	
<b>I Olfativo</b>	Não é possível avaliar
<b>II Ótico</b>	Realizou contagem dos dedos a curta e longa distância. Aparente compromisso do campo visual. Apresenta hemianopsia a drta (ausência de reflexo á ameaça).
<b>III Oculomotor</b>	Apresenta resposta pupilar do canto externo para a linha nasal.
<b>IV Patético</b>	Pupilas Iso reativas. Ao testar os movimentos conjugados
<b>VI Oculomotor externo</b>	verifica-se que segue o movimento, sem anomalias.
<b>V Trigémeo</b>	Apresenta sensibilidade da face nas três divisões (oftálmico/maxilar/mandibular). Com reflexo córneo-palpebral. Quanto a função motora dos músculos da mastigação encerra os dentes, mas tem dificuldade em mandar beijinhos).
<b>VII Facial</b>	Apresenta apagamento do sulco nasogeniano à direita; identificou os alimentos salgados e doce 2/3 anteriores da língua.
<b>VIII Vestibulococlear</b>	Testada a acuidade auditiva “estalar os dedos” verificou-se reação ao estímulo auditivo. Assume posição sentada com equilíbrio dinâmico e estático e assume posição ortostática com equilíbrio estático e dinâmico.
<b>IX Glossofaríngeo</b>	Identificou os alimentos salgados e doce 1/3 posterior da língua.
<b>X Vago</b>	Apresenta reflexo de vômito e alteração do tom de voz hipofonia.
<b>XI Espinhal</b>	Apresenta movimentos ativos/resistidos da cabeça e pescoço bilateral. Realiza elevação do ombro esquerdo contra resistência. Sem movimento ativo do ombro direito.
<b>XII Grande Hipoglosso</b>	Não realiza propulsão antero- posterior da língua. não foi possível testar a lateralidade da mesma.

Funções Práticas: A Sr.<sup>a</sup> A.F. B. **não realiza gestos simbólicos**, não executou o sinal da cruz e também não fez adeus mesmo após exemplificação não repetiu. Demonstrou dificuldade em mandar beijinho, não foi possível testar o sugar pela palhinha (doente com SNG). Realiza a sequenciação de gestos icónicos de levar um copo à boca quando solicitado. E utiliza a escova para escovar o cabelo. Solicitou-se que desenhasse uma flor que realizou com sucesso após demonstração, não conseguiu desenhar o relógio. Não conseguiu escrever, aparentemente devido a alexia.

Funções Executivas: as funções executivas foram testadas no contexto do autocuidado, mais especificamente durante o planeamento e execução dos cuidados de higiene e de higiene oral. A Sr.<sup>a</sup> A.B.F. não demonstra iniciativa para os cuidados de higiene, mas quando solicitado, mediante indicações verbais simples e demonstração, consegue executar a ação com ajuda na sequenciação. Durante a

execução da higiene oral, manifestou dificuldade em sequenciar a ação, nomeadamente na colocação da pasta de dentes na escova dentária. Não identifica a necessidade de abrir a tampa das embalagens dos produtos de higiene e o movimento de rotação da torneira executou de forma ineficaz várias vezes durante o banho. O planeamento e organização do material foi realizado pelo enfermeiro, devido a incompreensão demonstrada pela Sr.<sup>a</sup> A.B.F. A inibição está preservada, Não foi possível avaliar a abstração. **Aparente síndrome disexecutiva**

## 2.2. Avaliação motora e sensitiva

### AVALIAÇÃO FORÇA MUSCULAR - Escala Medical Council Research

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	10/12/2019		13/12/2019		19/12/2019	
Cabeça e pescoço	Flexão	5		5		5	
	Extensão	5		5		5	
	Flexão lateral esquerda	4		4		4	
	Flexão lateral direita	4		4		4	
	Rotação	5		5		5	
Data		10/12/2019		13/12/2019		19/12/2019	
Membro Superior		<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>
Escapulo-umeral	Flexão	1	5	2	5	3	5
	Extensão	1	5	2	5	3	5
	Abdução	1	5	2	5	3	5
	Adução	1	5	2	5	3	5
	Rotação externa	1	5	2	5	3	5
	Rotação interna	1	5	2	5	3	5
Cotovelo	Flexão	1	5	2	5	3	5
	Extensão	1	5	3	5	3	5
Antebraço	Supinação	1	5	3	5	4	5
	Pronação	1	5	3	5	4	5
Punho	Flexão palmar	1	5	3	5	4	5
	Dorsi- flexão	1	5	3	5	4	5
	Desvio radial	1	5	3	5	4	5
	Desvio cubital	1	5	3	5	4	5
	circundação	1	5	3	5	4	5
Dedos da mão	Flexão	2	5	3	5	4	5
	Extensão	2	5	3	5	4	5
	Abdução	1	5	3	5	4	5
	Adução	1	5	3	5	4	5
	circundação	1	5	3	5	4	5
	Oponência do polegar	1	5	3	5	4	5
Data		10/12/2019		10/12/2019		19/12/2019	
Membro Inferior		<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>
	Flexão	3	5	3	5	3	5

Coxo Femural	Extensão	3	5	3	5	3	5
	Abdução	3	5	3	5	3	5
	Adução	3	5	3	5	3	5
	Rotação externa	2	5	2	5	3	5
	Rotação interna	2	5	2	5	3	5
Joelho	Flexão	3	5	4	5	4	5
	Extensão	3	5	4	5	4	5
Tibiotársica	Flexão plantar	3	5	4	5	4	5
	Flexão dorsal	3	5	4	5	4	5
	Inversão	3	5	4	5	4	5
	Eversão	3	5	4	5	4	5
Dedos do pé	Flexão	3	5	4	5	4	5
	Extensão	3	5	4	5	4	5
	Abdução	3	5	4	5	4	5
	Adução	3	5	4	5	4	5

#### AVALIAÇÃO TÔNUS MUSCULAR- Escala de Ashworth

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	10/12/2019		13/12/2019		19/12/2019	
Cabeça e pescoço	Flexão	0		0		0	
	Extensão	0		0		0	
	Flexão lateral esquerda	0		0		0	
	Flexão lateral direita	0		0		0	
	Rotação	0		0		0	
Data		<b>10/12/2019</b>		<b>13/12/2019</b>		<b>19/12/2019</b>	
Membro Superior		<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>
Escapulo-umeral	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0	0	0
	Rotação interna	0	0	0	0	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
Antebraço	Supinação	0	0	0	0	0	0
	Pronação	0	0	0	0	0	0

Punho	Flexão palmar	0	0	0	0	0	0
	Dorsi- flexão	0	0	0	0	0	0
	Desvio radial	0	0	0	0	0	0
	Desvio cubital	0	0	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0	0	0
Dedos da mão	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Circundação	0	0	0	0	0	0
	Oponência do polegar	0	0	0	0	0	0
Data		<b>10/12/2019</b>		<b>13/12/2019</b>		<b>19/12/2019</b>	
Membro Inferior		<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>	<b>Dta</b>	<b>Esq</b>
Coxo Femural	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Rotação externa	0	0	0	0	0	0
	Rotação interna	0	0	0	0	0	0
Joelho	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
Tibiotársica	Flexão plantar	0	0	0	0	0	0
	Flexão dorsal	0	0	0	0	0	0
	Inversão	0	0	0	0	0	0
	Eversão	0	0	0	0	0	0
Dedos do pé	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0

### **Avaliação da Coordenação motora e marcha**

Avaliação da Coordenação: Realizada a prova dedo-nariz de olhos abertos, com sucesso, pela dificuldade em compreender as orientações da prova, necessitou de algumas pistas (exemplificação da mesma) após as quais

realizou. A prova dedo-nariz olhos fechados e alternância da palma da mão não foi possível realizar por dificuldade na compreensão do exercício. Realizada prova calcanhar Joelho com sucesso, mas apenas no MI esquerdo devido a hemiparesia direita.

Avaliação do Equilíbrio: Assume posição sentada com equilíbrio estático e dinâmico. Na posição ortostática apresenta equilíbrio estático e dinâmico, embora durante a fase de balanço da marcha apresente discreto desequilíbrio.

Avaliação da Marcha

Categorias Funcionais da Marcha

<b>Avaliação</b>	<b>Data 10/12/2019</b>	<b>Data 13/12/2019</b>	<b>Data 19/12/2019</b>
<i>0- Não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo.</i>			
<i>1- Marcha terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.</i>	x		
<i>2-Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, com superfícies planas e, geralmente em um ambiente conhecido e controlado, como em casa</i>		x	
<i>3- Deambula nas cercarias da casa ou na vizinhança: O paciente é capaz de deambular na rua embora uma distância limitada e restrita.</i>			

4-Marcha comunitária em todos os tipos de superfícies irregulares consegue percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita

5- Marcha normal. A deambulação completamente normal tanto em distância como em aparência.

		X

## Avaliação das Atividades de Vida Diárias

### Medida de Independência Funcional - MIF

Data	10/12/2019
<b>Auto-cuidados</b>	
Alimentação	1
Higiene Pessoal	2
Banho	2
Vestir metade superior do corpo	2
Vestir metade inferior do corpo	2
Utilização da sanita	1
<b>Controlo do Esfíncteres</b>	
Bexiga	1
Intestino	1
<b>Transferências</b>	
Leito, cadeira; cadeira de rodas	2
Sanita	2
Banheira, chuveiro	2
<b>Locomoção</b>	
Marcha/ cadeira de rodas	1
Escadas	1
<b>Comunicação</b>	
Compreensão	2
Expressão	1
<b>Cognição Social</b>	
Interação social	1

Resolução de problemas	1
Memória	1
<b>Total</b>	<b>26</b>

19-60 pontos- **Dependência modificada** (assistência de até 50% da tarefa)

Níveis:

7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (Ajuda técnica)

**Dependência modificada**

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (indivíduo participa  $\geq 75\%$ )

3 – Ajuda moderada (indivíduo participa  $\geq 50\%$ )

**Dependência completa**

2 – Ajuda máxima (indivíduo participa  $\geq 25\%$ )

1 – Ajuda total (indivíduo participa  $\leq 25\%$ )

18 pontos: dependência completa (assistência total); 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa); 61 – 103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa); 104 – 126 pontos: independência completa / modificada.

Indicie de BARTHEL 10/12/2019

- Higiene pessoal

**0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal**

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

- Evacuar

**0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)**

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)

- Urinar

**0 = Incontinente ou algaliado**

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contigente (por mais de 7 dias)

- Ir à casa de banho (uso de sanitário)



**0 = Dependente**

5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

- Alimentar-se

**0 = Incapaz**

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

- Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

**5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se**

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

- Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

**10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)**

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

- Vestir-se

**0 = Dependente**

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

- Escadas

**0 = Incapaz**

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

- Banho

**0 = Dependente**

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100) = 15 Dependência grave

## Índice de BARTHEL 19/12/2019

- Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

**5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)**

- Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

**10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)**

- Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

**10 = Contigente (por mais de 7 dias)**

- Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

**5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho**

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

- Alimentar-se

0 = Incapaz

**5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.**

10 = Independente (a comida é providenciada)

- Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

**10 = Pequena ajuda (verbal ou física)**

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

- Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

**15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)**

- Vestir-se

0 = Dependente

**5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda**

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

- Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

**10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala**

- Banho

**0 = Dependente**

5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100) = 75 Dependência moderada

## **PLANO DE REABILITAÇÃO**

### **Principais problemas**

- Ventilação ineficaz grau reduzido
- Deglutição comprometida grau elevado
- Autocuidado comprometido grau moderado
- Comunicação comprometida grau elevado
- Movimento muscular grau moderado
- Andar comprometido grau elevado
- Cognição comprometida em grau moderado
- Deficit sensorial - Visão

### **Referencial teórico – Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem**

Sistema. Parcialmente compensatório

métodos de ajuda

- Agir
- Proporcionar ajuda física e psicológica
- Manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal

*Sistema de Apoio-Educação*

- Guiar e orientar
- Ensinar

<b>Foco:</b> Comunicação		
<b>Diagnostico:</b> Comunicação comprometida em <b>Grau</b> elevado 10/12/2019 Memória comprometida em <b>Grau:</b> reduzido 10/12/2019		
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
<p><b>Otimizar comunicação;</b></p> <p><b>Recuperar a readaptar défices de memória;</b></p> <p><b>Compensar défices de memória</b></p> <p><b>Aumentar a memória lexical e gramatical.</b></p> <p><b>Promover e manter a participação e interação social</b></p>	<p>Avaliar a fluência; nomeação, compreensão e repetição</p> <p>Incentivar a comunicação e expressão verbal, abordando assuntos de interesse da própria.</p> <p>Otimizar a comunicação, verbalizando frases simples, com questões e indicações objetivas.</p> <p>Proporcionar tempo ao doente para se expressar, evitando interrupções;</p> <p>Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não-verbal (gestos e imagens)</p> <p>Treinar a repetição e nomeação de objetos;</p> <p>Ensinar prestador de cuidados sobre material educativo e estratégias de comunicação.</p> <p>Avaliação do <i>habitus</i>, e aplicação de programa de regulação sensorial. 1 sessão cerca de 15mn</p>	<p>13/01/2019: A Sr.<sup>a</sup> A. F. B ocasionalmente e de forma automática diz algumas frases coerentes e lógicas. No entanto se lhe colocarmos uma questão direta ela não responde. Aparente compromisso da memória lexical e gramatical.</p> <p>19/01/2019: Sr.<sup>a</sup> A.F.B realiza com agrado e participa no treino de nomeação de objetos. Na maioria das vezes necessita de ajuda para iniciar a nomear. Ocasionalmente emite palavras ou/uma frase correta, durante uma atividade e de forma espontânea.</p> <p>O prestador de cuidados demonstrou capacidade de adaptação de estratégias adaptativas para a comunicação.</p>

<b>Foco: Cognição</b>		<b>Diagnostico: Apraxia e Funções Executivas comprometidas em grau moderado 10/12/2019</b>
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
<p><b>Manter participação social e familiar;</b></p> <p><b>Capacitar para autocuidado</b></p> <p><b>Capacitar a resolução de problemas</b></p> <p><b>Capacitar para tomada de decisão</b></p>	<p>Planear e incentivar Sr<sup>a</sup> A.F.B a reunir os objetos necessários para o banho e higiene pessoal.</p> <p>Organizar os objetos de acordo com a sequência da tarefa com a Sr<sup>a</sup> A.F.B. nomeando cada um deles a fim de promover o raciocínio.</p> <p>Dar tempo para que a Sr<sup>a</sup> A.F.B. desenvolva estratégias para resolver as dificuldades sentidas.</p> <p>Ensinar estratégias para diminuir as dificuldades sentidas devido a hemiparesia (nomeadamente abrir a tampa dos frascos de higiene, Etc).</p>	<p>13/12/2019: observa-se uma melhoria significativa na iniciativa da Sr<sup>a</sup> A.F.B., reúne os objetos para o banho corretamente com ajuda devido a limitação motora, e apesar da afasia consegue se expressar por gestos.</p> <p>Escolhe a roupa que quer vestir e identifica a roupa suja e/ou usada, indicando o local onde deve ficar para a família posteriormente recolher.</p> <p>19/12/2019: necessita de vigilância. Ainda tem dificuldade em utilizar o manipulo das torneiras. Perante o espelho ocasionalmente confunde a duplicação da imagem.</p>

<b>Foco: Paresia      Diagnostico: Paresia facial 10/12-2019</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
<b>Promover a simetria da face</b>  <b>Fortalecer os músculos da face</b>  <b>Favorecer a deglutição.</b>	Reeducação dos músculos da face: unir as sobrancelhas; enrugar a testa; elevar as sobrancelhas; fechar os olhos abruptamente; sorrir; mostrar os dentes; assobiar; encher a boca de ar. 2x dia cerca de 10mn.  Realizar massagem facial.  Utilizar o espelho	13/12/2019: após massagem facial com o creme facial da própria e em frente ao espelho verifica-se um relaxamento dos músculos faciais.  19/12/2019: observa-se uma maior força ao nível da força dos lábios. Já é possível assobiar e encher um balão. verifica-se a diminuição do apagamento do sulco nasogeniano

<b>Foco: Deglutição      Diagnostico: Deglutição comprometida Grau: Moderado 10/12/2020</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
Retirar <b>sonda Nasogástrica</b>	Avaliar a capacidade de deglutição.	12/012/2019: realizado teste de deglutição com espessante nas 3 consistências, utente tolera consistência néctar.

<b>Foco:</b> Deglutição <b>Diagnostico:</b> Deglutição comprometida <b>Grau:</b> reduzido <b>13/12/2020</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
<p><b>Prevenir risco de aspiração.</b></p> <p><b>Aumentar a resistência muscular</b></p> <p><b>Melhorar o controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral</b></p>	<p>Posicionar a utente corretamente durante as refeições e ingestão de líquidos</p> <p>Supervisionar a deglutição</p> <p>Planear dieta- pastosa</p> <p>Exercícios para aumentar a força dos lábios.</p> <p>Exercício para palato mole: soprar; sugar</p>	<p>16/12/2019: não se observaram episódios de aspiração de alimentos.</p> <p>Inicia dieta mole, sem intercorrências na deglutição.</p> <p>Realiza os exercícios duas vezes dia com aumento gradual da força dos lábios (consegue soprar balão)</p>



**Foco:** Autocuidado

**Diagnostico: Autocuidado:** Higiene e Vestuário Comprometido **Grau** elevado **10/12/2019**

<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registro de avaliação</b>
<p><b>Otimizar a realização dos autocuidados;</b></p> <p><b>Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nos autocuidados;</b></p> <p><b>Promover a autoestima</b></p> <p><b>Manter tônus muscular;</b></p> <p><b>Aumentar a tolerância ao esforço;</b></p> <p><b>Manter a integridade dos tegumentos;</b></p> <p><b>Promover a higiene da pele;</b></p> <p><b>Estimular a Neuroplastecidade</b></p> <p><b>Otimizar a realização dos autocuidados;</b></p> <p><b>Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nos autocuidados;</b></p> <p><b>Promover a autoestima</b></p>	<p>Avaliar e monitorizar o autocuidado com recurso à escala de Barthel e MIF.</p> <p>Assistir a reunir os objetos necessários para a higiene, e escolher a sua roupa.</p> <p>Disponibilizar os produtos de higiene da própria, previamente solicitados á família.</p> <p>Treinar a higiene pessoal e banho.</p> <p>Treinar vestir e despir.</p> <p>Proporcionar reforço positivo</p>	<p>13/12/2019: a Sra A.F.B, está muito motivada para a sua reabilitação, aparentemente a dificuldade na compreensão é menor. Durante o banho é estimulada a despir-se que realiza depois de indicação verbal. No Banho é necessário demonstrar a tarefa e orientar a sequenciação, após demonstração ela dá continuidade. Não aparenta compromisso na inibição. Os produtos de higiene são os da própria que ela reconhece e demonstra satisfação na utilização dos mesmos. Apresenta dificuldade em compreender a abertura das tampas dos frascos dos produtos. Após o banho seca a parte de cima do corpo com ajuda e incentivo. Participa em vestir a parte superior e inferior do corpo.</p> <p>16/12/2019: a Sra A.F.B após o banho e no momento de vestir solicitou que se utilizasse a sua roupa interior de forma espontânea abanando a cabeça quando lhe oferecia a roupa do hospital e apontando para o seu armário. Apresenta aumento da autonomia verificado nas escalas de MIF e barthel.</p>

<b>Foco:</b> Movimento muscular		<b>Diagnóstico:</b> Movimento muscular comprometido hemicorpo direito <b>Grau:</b> moderado <b>10/12/2019</b>
<b>Objetivo</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>Registo de avaliação</b>
<b>Estimular a sensibilidade postural do lado afetado drt</b>	Avaliar força muscular através de escala Medical Council Research.	13/01/2019: apresenta aumento gradual da FM do hemicorpo drto. (escala Medical Council Research)e
<b>Controlar e inibir a espasticidade</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo MS drt e MI drt em todos os segmentos corporais. (x10 a x20 gradual)	Durante as mobilizações passivas, participa ativamente, visualiza o movimento executado, promove-se a enumeração dos movimentos, que utente tenta realizar, no entanto ainda com muita dificuldade utiliza palavras incompreensíveis.
<b>Estimular a ação voluntaria dos músculos do tronco do lado afetado drt</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido MI drt em todos os segmentos corporais (x10 a x20 gradual)	16/12/2019: realiza as mobilizações ativas; ativas resistidas, do MI direito e hemicorpo esq. com autonomia, após exemplificação e incentivo. Realiza auto mobilizações com vigilância e de acordo com as indicações verbais. Manifesta alguma dificuldade na flexão e extensão do ombro e cotovelo.
<b>Prevenção da rotação externa do MI drt.</b>	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativas resistidas hemicorpo esq, cabeça e pescoço. (x10 a x20 gradual)	Executa a ponte com ajuda inicial, e necessita de correção do alinhamento corporal. Apresenta dificuldade no exercício de rolar bilateral mais acentuada para o lado esquerdo.
<b>Reeducar o reflexo postural do lado afetado drt.</b>	Ensinar e treinar auto mobilização.	Realiza a rotação controlada da anca com ajuda parcial. Apresenta dificuldade em realizar carga no cotovelo, necessita de ajuda parcial, no início do movimento.
<b>Reintegrar o esquema corporal</b>	Executar atividades terapêuticas: Ponte Rolar bilateral	16/12/2019: a equipa demonstrou interesse e motivação para o cumprimento do posicionamento, no entanto nem sempre a Sr <sup>a</sup> , se encontrava no início do turno corretamente posicionada. O que levou a necessidade de intervir junto dos colegas novamente para a sensibilização.
<b>Melhorar o equilíbrio corporal</b>	Rotação controlada da anca Carga no cotovelo	

<b>Estimular os movimentos do lado afetado drt</b>	Posicionamento em padrão antispástico em alternâncias de decúbitos. Sensibilização da equipa interdisciplinar para a necessidade do cumprimento dos posicionamentos e as complicações que advém do não cumprimento do mesmo	
--	--	--

<b>Foco:</b> Andar		<b>Diagnostico:</b> Andar comprometido	<b>Grau moderado 13/12-201</b>
<b>Objetivo</b>	Intervenção de enfermagem	Registo de avaliação	
<b>Readquirir o padrão de marcha automático</b>	Avaliação do risco de queda Avaliar a capacidade de andar.	13/12/2019: a Srª A.F.B iniciou treino de marcha com apoio bilateral apresenta marcha hemiparesia com desequilíbrio na fase inicial.	
	<b>Promover a independência e a segurança na locomoção.</b>  Solicitar calçado adequado para treino de marcha (tênis) a família. Ensinar sobre dispositivos auxiliares de marcha  Treino de marcha controlada 2x dia.  Subir e descer escadas 2xdia  Reforço positivo.  Realizar ensinios a família sobre o risco de queda.	16/12/2019: foi utilizado um dispositivo auxiliar de marcha (andarilho) mas apenas por um dia, utente descartou o mesmo e iniciou marcha no corredor com apoio da barra, com sucesso.  17/12/2019: iniciou marcha apenas com apoio lateral com sucesso. Subiu e desceu 10 degraus com apoio bilateral.  19/12/2019: necessita apenas de vigilância na marcha e reforço positivo. Em pisos com declives necessita de apoio unilateral.  A família realizou treino de marcha subir e descer escadas com supervisão apesar de inicialmente referir algum receio da queda, o treino realizou-se sem intercorrências o cuidador referiu estar confiante.	

## Bibliografia

- Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*. McGraw Hill
- Damasio, H., Tranel, D., Grabowski, T., Adolphs, R., Damasio, A. (2004). Neural systems behind word and concept. *Cognition*. 92, 179-229. DOI:10.1016/j.cognition.2002.07.001
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lidel
- Leal, G., Martins, I.P. (2005). Avaliação da afasia pelo médico de família. *Rev Port Clin Geral*. 21 (4), 359-364. DOI:10.32385/rpmgf.v21i4.10154
- Mansur, L.L., Radanovic, M., Taquemori, L., Greco, L., Araújo, G.C. A. (2005). Study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination Portuguese version: a reference guide for the Brazilian population. *Brazilian Journal Medicine Biology Research*, 38(2), 277- 292. DOI:10.1590/S0100-879X2005000200017
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência
- Mineiro, A., Caldas, A.C., Rodrigues, I., Leal, G. (2011). Revisitando as Afasias na PALPA-P. *Cadernos de Saúde*, 1(2), 135-146. DOI:10.34632/cadernosdesaude.2008.2776
- Monteiro, M.F.A. (2015). *Funções executivas em afásicos* (Dissertação de Mestrado). Disponível em:  
<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41298/Tese15072.pdf;jsessionid=B315A169535EA08663F8300ABF3681C6?sequence=1>

Olsson, C., Arvidsson, P., Johansson, M.B. (2019). Relations between executive function, language, and functional communication in severe aphasia. *Aphasiology* 33(7), 821–845. DOI:10.1080/02687038.2019.1602813

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de Reabilitação*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MC\\_EER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MC_EER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice (6ª ed.)*. Mosby

Pereira, J. (2012). *Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidado intensivo*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Porto

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Formasau

Purdy, M. (2002). Executive function ability in persons with aphasia. *Aphasiology*, 16 (4/5/6), 549–557. DOI:10.1080/02687030244000176

Seeley, R.R., Stephens, T.D., Tate, P. (2007). *Anatomia & Fisiologia (6ª ed)* Lusociência

Sohlberg, M.M., & Mateer, C.A. (2015). *Reabilitação cognitiva: Uma abordagem neuropsicológica integrada*. São Paulo. Santos Editora

Ullman, M.T (2004). Contributions of memory circuits to language: the declarative/procedural model. *Cognition*, 92, 231-270. DOI:10.1016/j.cognition.2003.10.008

## **Apêndice IV – Programa de Regulação Sensorial**

**Curso de Mestrado e Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**  
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Programa de regulação sensorial

**Sara Cristina Silvério Brissos Pereira**

**Nº1451**

**Lisboa**

**Dezembro 2019**



## INTRODUÇÃO

A estimulação sensorial é uma intervenção que promove a organização cerebral por via da ativação do sistema ativador reticular ascendente (SARA), (envolvido na regulação dos ciclos do sono em ações como o despertar e atua também filtrando os estímulos sensoriais), através de informação obtida pelos 6 sentidos: auditivo, visual, olfativo, tátil, gustativo e cinestésico. Os impulsos nervosos gerados por estímulos externos e internos são enviados para o córtex cerebral, e as respostas neuronais a esses estímulos induzem a reorganização ou regeneração dos axônios lesados por meio da ativação dos neurónios não lesados, e conseqüentemente as fibras colaterais são geradas ou ramificadas em todas as direções. A recuperação da lesão geralmente ocorre a um ritmo mais rápido, e naturalmente acelera a recuperação das funções cognitivas (Kaewsriwong et al., 2015).

**Princípios da regulação sensorial:** Um programa de regulação sensorial deverá ocorrer, 72h após a lesão e mediante estabilidade hemodinâmica (Gerber, 2005) (Cabral & Apolinário, 2008). A intensidade do tratamento e o intervalo de tempo entre a lesão e o início da reabilitação influenciam a recuperação da função nervosa (Borella & Sacchelli, 2009). A implementação de um programa desta natureza é tanto ou mais eficaz se for estruturado e obedecer a alguns fatores, tais como: intensidade, frequência, modalidade e intervalo de tempo entre as sessões (Wood, 1991).

**Objetivo:** promover o processo de reabilitação da pessoa com AVC, influenciar o estado emocional e a motivação para a recuperação e promover o conforto.

**Etapas da intervenção:** priorizou-se uma avaliação inicial que compreende a avaliação neurológica e o *habitus* da pessoa, uma vez que este é determinante na definição dos estímulos a aplicar. A colheita de dados foi realizada mediante anamnese, consulta do processo clínico e entrevista a familiares. A pessoa apresenta diagnóstico de AVC da artéria cerebral média. Identificaram-se alterações ao nível das funções executivas; apraxia; memória; linguagem; deglutição; paresia facial; hemiplegia direita. Foram realizadas 11 sessões entre o dia 11 e 19 de dezembro. Considerou-se no planeamento das sessões o aumento gradual da intensidade das mesmas, manteve-se uma

frequência constante e a modalidade foi progressivamente intensificada, as sessões tiveram uma duração compreendida entre 10 a 20 minutos.

Após as sessões executaram-se os registos em folha de registo própria, considerando-se: sinais vitais; expressões faciais; movimentos corporais e observações pertinentes. No final do programa, procedeu-se a reavaliação neurológica a avaliação da adesão ao plano de cuidados de reabilitação, motivação e estado emocional.

## REGISTOS DO PROGRAMA DE REGULAÇÃO SENSORIAL

### Avaliação do *Habitus*

Profissão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Empresaria – Vinicultura/Agricultura</li></ul>
Tempos livres	<ul style="list-style-type: none"><li>• Caminhadas; Jardinagem ; ler (revistas), televisão : programa o “preço certo”</li></ul>
Afetos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Filhos e marido,</li><li>• Animais domésticos 1 cão e 2 gatos</li></ul>
Preferências alimentares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prefere doces a salgados</li><li>• Fruta</li><li>• Sumo de laranja</li></ul>
Hábitos pessoais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Creme de rosto e loção corporal</li><li>• Shampo ; gel de banho ; perfume; roupa pratica e confortável ( no dia a dia)</li></ul>

## Avaliação dos sensores

### Consciência

- Glasgow 12- Encontra-se vígil, cumpre ordens simples, resposta incompreensível.
- Escala Rancho Los Amigos*- Nivel 6: confundido y apropiado. El habla de los pacientes tiene sentido y son capaces de realizar tareas simples como comer y vestirse. Aprender cosas nuevas puede ser difícil.
- Orientada na pessoa, o comportamento é adequado ao contexto em que se encontra.
- olha para o ambiente e para as pessoas.

### Sensor Auditivo

- Dirige o olhar para o som.
- reage ao som.
- reage a voz dos profissionais e familiares

### Sensor Visual

- Dirige o olhar para objetos e pessoas
- Reage a visualização de familiares
- Apresenta hemianopsia a direita (ausência de reflexo à ameaça).

### Sensor Olfativo

- Reage a aromas fortes e suaves






### Sensor Paladar

- Reage sabor azedo, amargo e doce.
- Reflexo de vômito mantido.
- Apresenta apagamento do sulco nasogeniano.
- Deglute alimentos na consistência líquida.

### Sensor Somestésico

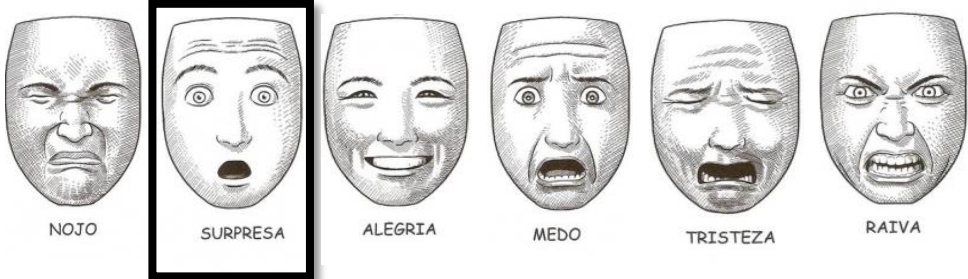
- Reage ao toque com texturas; a alteração da temperatura; ao toque dos profissionais
- Reage a dor

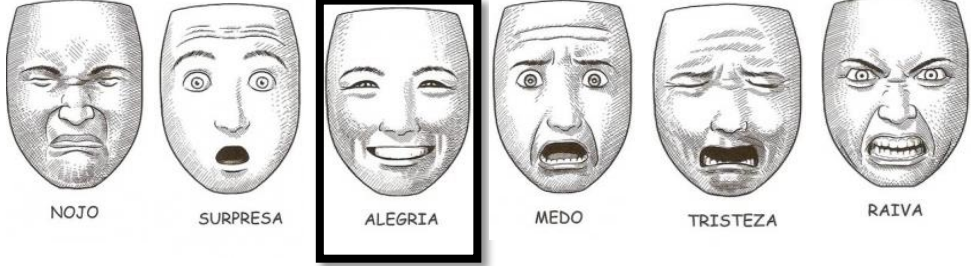
## Intervenção

SENSOR	ESTÍMULO
 <b>Auditivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Voz dos filhos / marido</li></ul>
 <b>Visual</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vídeo do filho (ausente em Angola)</li><li>• Imagens da vinha</li><li>• Fotos dos animais domésticos</li><li>• Visualização da face ao espelho</li><li>• Programa televisivo “O Preço Certo”</li><li>• Visualização de revistas</li></ul>
 <b>Tátil</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Massagem</li><li>• Banho</li><li>• Posicionamento</li><li>• Identificação de texturas</li></ul>
 <b>Paladar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• sumo de laranja</li><li>• café</li></ul>
 <b>Olfativo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação de cheiro dos produtos de higiene</li><li>• Identificação do perfume</li></ul>
<b>Ambiente multissensorial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jardinagem</li><li>• A vinha</li><li>• Contacto com os seus animais cães e gato</li><li>• Passeio no parque onde realiza caminhadas diárias</li></ul>

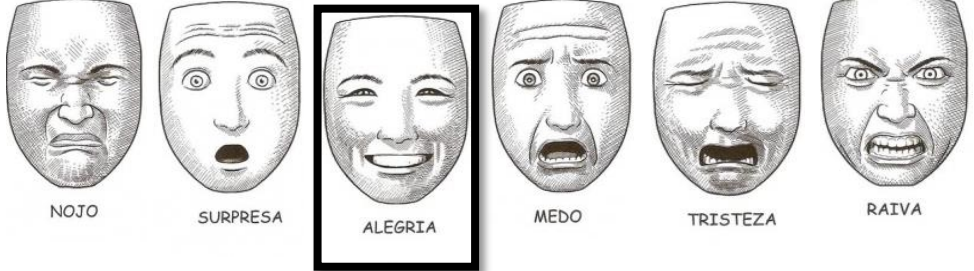
## Planeamento das sessões

<b>Data</b>	<b>intensidade</b>	<b>Sensor</b>	<b>Estímulo</b>	<b>Hora</b>
<i>Data: 11/12/2019</i>	Unimodal	Tátil	Massagem facial	Hora: 10h30 Duração: 5-10mn
	Unimodal	Olfativo	Produtos de higiene Gel de banho/shampoo/ perfume	Hora: 9h00 Duração: 5-10mn
<i>Data: 12/12/2019</i>	Bimodal	Tátil Olfativo	Massagem facial com o creme de rosto de uso habitual.	Hora: 9h30 Duração: 15mn
	Bimodal	Visual Auditivo	Vídeo com o filho	Hora: 14:00 Duração: 10mn
<i>Data: 13/12/2020</i>	unimodal	Paladar	Identificação de sabor do sumo de laranja	Hora: 10h00 Duração 10-15mn
<i>Data: 16/12/2019</i>	Multimodal	Tátil Olfativo Visual	Massagem facial com o creme de rosto habitual, em frente ao espelho	Hora: 9h30 Duração 15mn
<i>Data: 17/12/2019</i>	Multimodal	Tátil Olfativo visual	Massagem facial com o creme de rosto habitual, em frente ao espelho	Hora:9h30 Duração 15mn
	Bimodal	Tátil Olfativo	Massagem Membro inferior (MI) direito antes do treino de marcha com loção de corpo habitual	Hora: 14h00 Duração 15- 20mn
<i>Data: 18/12/2019</i>	Bimodal	Visual Auditivo	Treino de nomeação com Imagens do quotidiano	Hora: 10h30 Duração 15-20mn
<i>Data: 18/12/2019</i>	Bimodal	Tátil olfativo	Massagem MI direito antes do treino de marcha com loção de corpo habitual	Hora: 14h00 Duração 15- 20mn
<i>Data: 19/12/2019</i>	Bimodal	Tátil Visual	Leitura de revista da preferência da mesma	Hora: 14h30 Duração 15-20mn

SINAIS VITAIS		MOVIMENTOS	EXPRESSÕES FACIAIS
Data: 11/12/2019 Hora: 10h30		Estímulo: tátil - Massagem facial	
		Duração: 10mn	
<b>Antes</b>	Movimento da cabeça		
TA: 115/79	Movimento da boca		
	Movimento da Língua		
FC: 62	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento das sobrancelhas		
	Bocejar		
Tº: 36,2	Deglutir		
	Relaxamento facial		
SPO2: 94%	<input checked="" type="checkbox"/> Tensão facial		
	Lágrimas		
<b>Depois</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Abertura dos olhos		
TA: 124/ 76	Olhar para o estímulo	<p style="text-align: center;">Observações</p> <hr/> <p>No início da massagem a senhora, estava tensa. Abertura dos olhos característica da surpresa, no decorrer da massagem, foi ficando mais relaxada e descontraída. Foi possível observar, algum desconforto aquando da pressão exercida no sulco nasogeniano que se manifestou pelo movimento das sobrancelhas e o suste da respiração.</p>	
	Maior expansão pulmonar		
FC: 65	Maior frequência respiratória		
	Menor frequência respiratório		
Tº: 36,7			
SPO2: 96%			

<b>Data:</b> 11/12/2019 <b>Hora:</b> 9h00	<b>Estímulo:</b> Olfativo – exposição aos produtos de higiene shampoo e gel de banho		<b>Duração:</b> 5mn
SINAIS VITAIS	MOVIMENTOS	EXPRESSÕES FACIAIS	
<b>Antes</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento da cabeça		
<b>TA:120/69</b>	Movimento da boca		
<b>FC:65</b>	Movimento da Língua		
<b>Tº: 36,1</b>	Movimento das sobrancelhas		
<b>SPO2: 96%</b>	Bocejar		
	Deglutir		
	Relaxamento facial		
	Tensão facial		
	Lagrimas		
	Abertura dos olhos		
<b>Depois</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo		
<b>TA:115/ 62</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Maior expansão pulmonar		
<b>FC: 61</b>	Maior frequência respiratória		
	Menor frequência respiratório		
<b>Tº:36,3</b>			
<b>SPO2: 95%</b>			

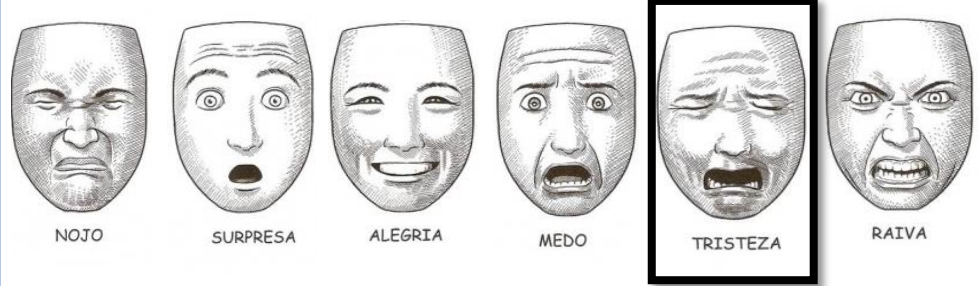


<b>Data: 12/12/2019</b> <b>Hora:10h30</b>	<b>Estímulo: tátil e olfativo Massagem facial com o creme de rosto de uso diário</b>		<b>Duração: 10mn</b>
SINAIS VITAIS	MOVIMENTOS		EXPRESSÕES FACIAIS
<b>Antes</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento da cabeça		
<b>TA:122/72</b>	Movimento da boca		
	Movimento da Língua		
<b>FC:64</b>	Movimento das sobrancelhas		
	Bocejar		
<b>Tº: 36,2</b>	Deglutir		
	Relaxamento facial		
<b>SPO2: 96%</b>	Tensão facial		
	Lagrimas		
<b>Depois</b>	Abertura dos olhos		<b>Observações</b>
<b>TA:125/ 62</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo		Aparentemente reconheceu o seu creme de rosto, acenou com a cabeça (movimento de sim) quando visualizou a embalagem, e inspirou quando lhe foi dado a cheirar e sorriu.
	<input checked="" type="checkbox"/> Maior expansão pulmonar		
<b>FC: 66</b>	Maior frequência respiratória		Durante a massagem manteve-se relaxada.
	Menor frequência respiratório		
<b>Tº:36,7</b>			
<b>SPO2: 94%</b>			

Data: 12/12/2019  
Hora:14h00

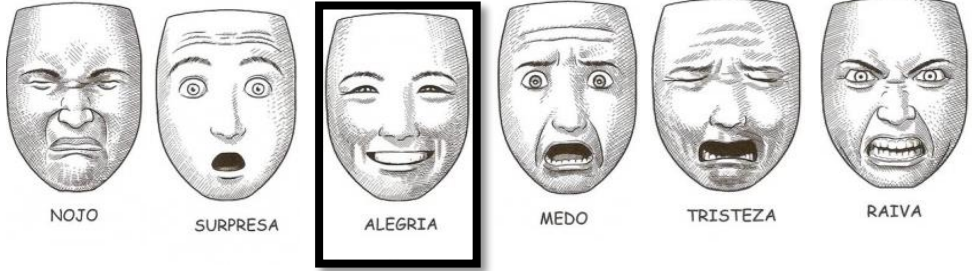
Estímulo: visual / auditivo - videochamada com o filho

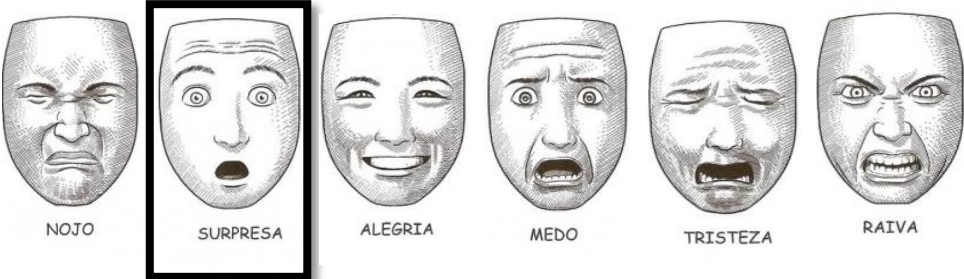
Duração:  
15mn

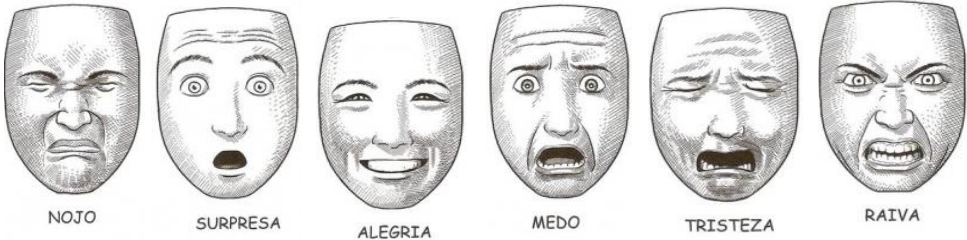
SINAIS VITAIS	MOVIMENTOS	EXPRESSÕES FACIAIS
<b>Antes</b>	Movimento da cabeça	 <p>NOJO SURPRESA ALEGRIA MEDO TRISTEZA RAIVA</p>
<b>TA:112/71</b>	Movimento da boca	
<b>FC:62</b>	Movimento da Língua	
<b>Tº: 36,2</b>	Movimento das sobrancelhas	
<b>SPO2: 94%</b>	Bocejar	
<b>Depois</b>	Deglutir	
	Relaxamento facial	
	<input checked="" type="checkbox"/> Tensão facial	
	<input checked="" type="checkbox"/> Lágrimas	
<b>TA:132/ 78</b>	Abertura dos olhos	
<b>FC: 72</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo	
<b>Tº:36,3</b>	Maior expansão pulmonar	
<b>SPO2: 95%</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Maior frequência respiratória	
	Menor frequência respiratório	

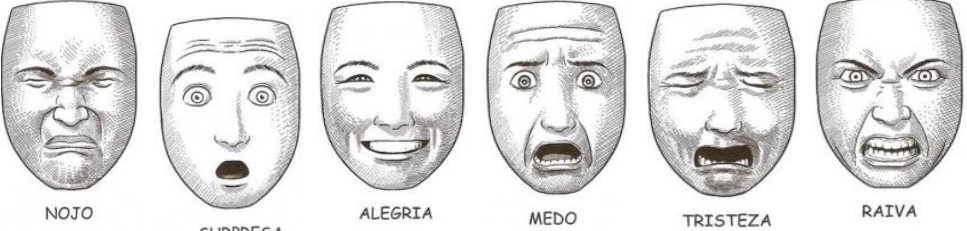
Observações

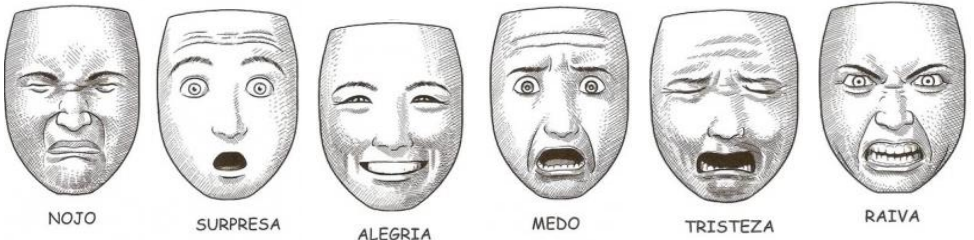
Durante a videochamada, ficou muito emocionada. Reconheceu o filho.  
Aparentemente reconhece as suas limitações e o seu estado de saúde.

<b>Data:</b> 13/12/2019 <b>Hora:</b> 10h30	<b>Estímulo: paladar identificação de sabor laranja</b>		<b>Duração: 10mn</b>
SINAIS VITAIS	MOVIMENTOS	EXPRESSÕES FACIAIS	
<b>Antes</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento da cabeça		
<b>TA:115/79</b>  <b>FC:62</b>  <b>Tº: 36,2</b>  <b>SPO2: 94%</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento da boca		
	Movimento da Língua		
	Movimento das sobrancelhas		
	Bocejar		
	Deglutir		
	Relaxamento facial		
	Tensão facial		
	Lágrimas		
<b>Depois</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Abertura dos olhos		
<b>TA:124/ 76</b>  <b>FC: 65</b>  <b>Tº:36,7</b>  <b>SPO2: 96%</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo	<p>Aparentemente reconheceu o sabor do seu fruto preferido. Ingeriu o sumo de laranja com agrado e sorriu várias vezes durante a ingestão.</p>	
	Maior expansão pulmonar	<p>Esta sessão incentivou a deglutição e beber por palhinha.</p>	
	Maior frequência respiratória	<p>Estimulou a deglutição e a execução de exercícios para os lábios.</p>	
	Menor frequência respiratório	<p>Após a ingestão do sumo, a senhora foi incentivada a identificar o sabor. Foi visualizado uma folha com várias palavras das quais ela tinha que apontar qual a palavra referente ao fruto que ingeriu, mas não foi possível realizar porque aparentemente o compromisso da linguagem não permite identificar palavras ou letras.</p>	

<p>Data: 16/12/2019 Hora:09h30</p>	<p><b>Estímulo: tátil; olfativo e visual - Massagem facial com creme de rosto habitual em frente ao espelho</b></p>		<p><b>Duração: 15mn</b></p>
SINAIS VITAIS	MOVIMENTOS	EXPRESSÕES FACIAIS	
<p><b>Antes</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Movimento da cabeça</p>		
<p><b>TA:120/72</b></p>	<p>Movimento da boca</p>		
<p><b>FC:65</b></p>	<p>Movimento da Língua</p>		
<p><b>Tº: 36,1</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Movimento das sobrancelhas</p>		
<p><b>SPO2: 96%</b></p>	<p>Bocejar</p>		
<p><b>TA:126/ 73</b></p>	<p>Deglutir</p>		
<p><b>FC: 64</b></p>	<p>Relaxamento facial</p>		
<p><b>Tº:36,2</b></p>	<p>Tensão facial</p>		
<p><b>SPO2: 97%</b></p>	<p>Lagrimas</p>		
<p><b>Depois</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Abertura dos olhos</p>	<p>Observações</p>	
<p><b>FC: 64</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo</p>	<p>Perante o estímulo visual, a senhora procurou olhar o seu rosto de todos os ângulos, levou a mão ao rosto. Durante a massagem ficou mais relaxada e fechou os olhos durante alguns minutos.</p>	
<p><b>Tº:36,2</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Maior expansão pulmonar</p>		
<p><b>SPO2: 97%</b></p>	<p>Maior frequência respiratória</p>		
<p><b>FC: 64</b></p>	<p>Menor frequência respiratório</p>		

<b>Data: 17/12/2019</b> <b>Hora:14h00</b>	<b>Estímulo: tátil /olfativo massagem do membro inferior direito antes do treino de marcha com loção de corpo habitual</b>		<b>Duração: 15mn</b>
<b>SINAIS VITAIS</b>	<b>MOVIMENTOS</b>	<b>EXPRESSÕES FACIAIS</b>	
<b>Antes</b>	Movimento da cabeça		
<b>TA:115/60</b>	Movimento da boca		
<b>FC:62</b>	Movimento da Língua		
<b>Tº: 36</b>	Movimento das sobrancelhas		
<b>SPO2: 96%</b>	Bocejar		
	Deglutir		
	Relaxamento facial		
	Tensão facial		
	Lagrimas		
<b>Depois</b>	Abertura dos olhos		
<b>TA:119/ 67</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo	- Durante a intervenção a senhora, focou a sua atenção no estímulo, na fase inicial e depois relaxou a cabeça na almofada. Aparentemente está confortável com o estímulo e demonstra bem-estar. É evidente o aumento do equilíbrio, e da força do MI direito.  Aplicada Escala Medical Council Research.	
<b>FC: 69</b>	Maior expansão pulmonar		
<b>Tº:36,3</b>	Maior frequência respiratória		
<b>SPO2: 95%</b>	Menor frequência respiratório		

<b>Data: 17/12/2019</b> <b>Hora:09h30</b>	<b>Estímulo: tátil; olfativo e visual - Massagem facial com creme de rosto habitual em frente ao espelho</b>		<b>Duração: 15mn</b>
<b>SINAIS VITAIS</b>	<b>MOVIMENTOS</b>	<b>EXPRESSÕES FACIAIS</b>	
<b>Antes</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento da cabeça		
<b>TA:120/72</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento da boca		
<b>FC:65</b>	Movimento da Língua		
<b>Tº: 36,1</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento das sobrancelhas		
<b>SPO2: 96%</b>	Bocejar		
	Deglutir		
	Relaxamento facial		
	Tensão facial		
	Lagrimas		
<b>Depois</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Abertura dos olhos		
<b>TA:126/ 73</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo		
<b>FC: 64</b>	Maior expansão pulmonar		
<b>Tº:36,2</b>	Maior frequência respiratória		
	Menor frequência respiratório		
<b>SPO2: 97%</b>			

<b>Data: 18/12/2019</b> <b>Hora:14h00</b>	<b>Estímulo: tátil /olfativo – massagem do membro inferior direito antes do treino de marcha com loção de corpo habitual</b>		<b>Duração: 15mn</b>
SINAIS VITAIS	MOVIMENTOS	EXPRESSÕES FACIAIS	
<b>Antes</b>	Movimento da cabeça		
<b>TA:129/72</b>	Movimento da boca		
<b>FC:64</b>	Movimento da Língua		
<b>Tº: 36,1</b>	Movimento das sobrancelhas		
<b>SPO2: 97%</b>	Bocejar		
	Deglutir		
	Relaxamento facial		
	Tensão facial	Observações	
	Lagrmas		
<b>Depois</b>	Abertura dos olhos	Manifesta conforto e bem-estar durante a massagem.	
<b>TA:131/ 75</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo		
<b>FC: 71</b>	Maior expansão pulmonar	Aumento do equilíbrio e da força do MI direito.	
	Maior frequência respiratória		
<b>Tº:36,2</b>	Menor frequência respiratório		
<b>SPO2: 94%</b>			

Data: 18/12/2019  
Hora: 10h30

Estímulo: visual / auditivo – treino de nomeação com imagens do cotidiano da senhora.

Duração: 15mn

**SINAIS VITAIS**

**MOVIMENTOS**

**EXPRESSÕES FACIAIS**

**Antes**

Movimento da cabeça

**TA: 119/71**

Movimento da boca

Movimento da Língua

**FC: 63**

Movimento das sobrancelhas

Bocejar

**Tº: 36,4**

Deglutir

Relaxamento facial

**SPO2: 96%**

Tensão facial

Lágrimas

**Depois**

Abertura dos olhos

**TA: 121/ 74**

Olhar para o estímulo

Maior expansão pulmonar

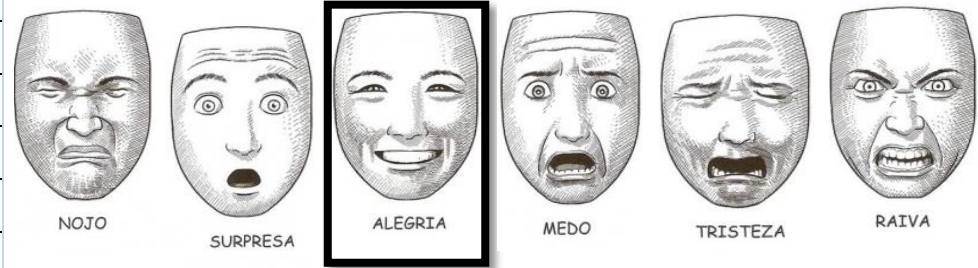
**FC: 65**

Maior frequência respiratória

Menor frequência respiratório

**Tº: 36,6**

**SPO2: 97%**

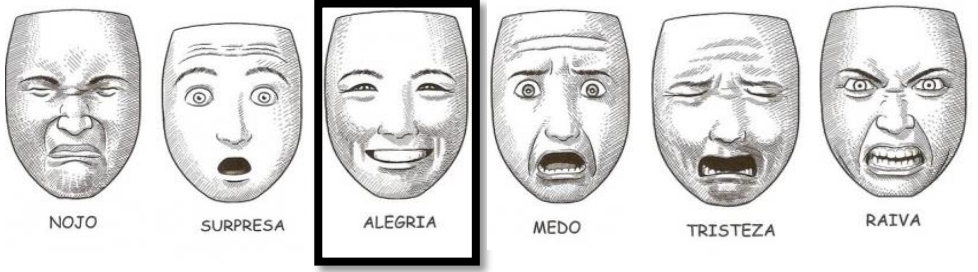


Observações

Foram mostradas imagens de animais e paisagem do seu cotidiano e posteriormente o nome das imagens. Aparentemente reconheceu as imagens sobretudo dos animais de companhia, mas a alteração da linguagem não permitiu a concretização da nomeação autonomamente. Aparente compromisso da memória lexical e gramatical. Necessita de ajuda na nomeação.



<b>Data: 19/12/2019</b> <b>Hora:10h30</b>	<b>Estímulo: visual – Leitura de revista da preferência da mesma.</b>	<b>Duração: 15mn</b>
--	---	----------------------

SINAIS VITAIS	MOVIMENTOS	EXPRESSÕES FACIAIS
<b>Antes</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Movimento da cabeça	
<b>TA:116/62</b>	Movimento da boca	
	Movimento da Língua	
<b>FC:62</b>	Movimento das sobrancelhas	
	Bocejar	
<b>Tº: 36,2</b>	Deglutir	
	Relaxamento facial	
<b>SPO2: 96%</b>	Tensão facial	<hr/> Observações <hr/>
	Lagrimas	
<b>Depois</b>	Abertura dos olhos	
<b>TA:119/ 65</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Olhar para o estímulo	A senhora conseguiu manter a atenção. Não é possível afirmar que leu a revista, mas observou as imagens com detalhe. Apresentou comportamento congruente com satisfação e bem-estar.
	Maior expansão pulmonar	
<b>FC: 63</b>	Maior frequência respiratória	
	Menor frequência respiratório	
<b>Tº:36,5</b>		
<b>SPO2: 97%</b>		

## **Avaliação da intervenção**

O homem armazena a informação que recolhe da sua interação com mundo e compara com experiências anteriores, podendo ou não utilizar nas suas respostas. O olfato e o paladar são sentidos ligados aos estados de alerta e defesa e contribuem para estimular estados de bem-estar ou mal-estar. Quando submetemos uma pessoa a diferentes odores, este estímulo pode induzir a recordações da memória (Caldas, 2000) (Cabral & Apolinário, 2008).

Não é possível evocar isoladamente em memória um atributo ou um segmento de um odor, pelo facto de que o odor é sempre ele próprio atributo de outras memórias. Ainda, assim é possível guardar memória de odores, estas são memórias acessíveis apenas a processos de reconhecimento capazes de condicionar os comportamentos (Caldas, 2000). Neste programa de regulação sensorial, em diversas sessões, a senhora foi exposta a odores do seu dia-a-dia, o estímulo olfativo foi aplicado inicialmente de forma isolado e gradualmente foi integrado no decurso dos cuidados de higiene e incluído em outras sessões com intensidade bimodal e multimodal. Em todas as sessões que incluíram os odores do quotidiano foi possível observar expressões de alegria e uma resposta comportamental congruente com a sensação de bem-estar e conforto. Contudo, não me é possível afirmar que a exposição aos odores do seu quotidiano foi indutora de resgate de memórias, mas considero que tiveram influência na motivação para o autocuidado e induziram uma alteração no desempenho de tais tarefas que se traduzem no sucesso da sequenciação das tarefas de autocuidado, mais concretamente na higiene e vestir / despir.

Em relação ao estímulo do paladar, a observação foi semelhante, isto é, a senhora demonstrou reconhecer o sabor e a resposta comportamental evidência bem-estar e satisfação. Todavia, nesta sessão em particular, foi considerado um outro aspeto que acredito ser importante salientar e que tem influência direta numa área específica da cognição, a "deglutição", alguns estudos dedicados a aferir a influência do sabor e temperatura na deglutição concluíram que a temperatura fria e o sabor cítrico combinados alteram o desempenho da deglutição em pessoa com

diagnóstico de AVC. A deglutição é um processo sensoriomotor altamente complexo que consiste no transporte dos alimentos da boca para o estômago. Quando este processo de deglutição está perturbado, as consequências podem ser devastadoras para os que sofrem, com tais complicações como desnutrição, aspiração pulmonar e o estigma psicossocial associado à incapacidade de comer. Os autores do estudo estabeleceram uma ligação entre o aumento da salivação em resposta ao bolo azedo que desencadeia o estímulo sensorial necessário à deglutição (Handy et al.,2003). Atendendo a este estudo e considerando a alteração da deglutição presente nesta senhora, o estímulo a que foi exposta (sumo de laranja), tal como a sua preferência foi oferecido na temperatura frio. A performance na deglutição foi positiva. Procurou-se nesta sessão interferir no bem-estar e conforto, satisfação na alimentação e simultaneamente intervir ao nível do desempenho da deglutição.

A sensibilidade periférica distribui-se em sensibilidade térmica; tátil; dolorosa e proprioceptiva (que nos dá o sentido da posição dos nossos membros). O controle postural só é alcançado quando é possível determinar a posição do corpo. Diversos fatores contribuem para esse controle durante o ortostatismo (alinhamento corporal e o tónus muscular e postural). Existem evidências de que a sensibilidade dos pés e tornozelos são essenciais para o controle do equilíbrio, os recetores cutâneos e articulares, são fundamentais para assegurar que os movimentos posturais sejam adequados para cada tipo de superfície. Na grande maioria das vezes, as pessoas com sequelas de AVC apresentam hipoestesia ou anestesia na superfície plantar, entre elas alterações proprioceptivas, articulares e de força muscular que limitam o controle postural. Alguns estudos demonstram que a melhoria da sensibilidade tátil favorece a consciência corporal, com impacto nas AVD e prevenindo riscos de acidentes. Atendendo a esta premissa e a alteração da força muscular no membro inferior direito (3-Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência, de acordo com a escala medical council research), decidiu-se aplicar no âmbito do estímulo tátil uma massagem nos membros inferiores, com a loção corporal da própria que esta usava no seu dia-a-dia. Verificou-se que na fase inicial da massagem a senhora dirigia o olhar para o estímulo e com o decorrer da

massagem apresentou sinais de bem-estar e conforto, tais como relaxamento da cabeça e fechar os olhos. Esta intervenção teve ainda em consideração os benefícios divulgados por um estudo que provou que a estimulação motora e sensorial da região plantar do pé hemiparético aumentou o equilíbrio e sensibilidade dos pacientes com hemiparesia após AVC (Torriani, et al., 2008), os resultados demonstram que tanto a estimulação sensorial quanto a motora (utilizadas isoladamente ou associadas) promovem o equilíbrio e aumentam a sensibilidade de pessoas hemiparéticas pós AVC. Neste caso concreto, após a massagem, o equilíbrio durante a marcha melhorou significativamente e embora esta melhoria não fosse constante durante todo o dia, de dia-para-dia foi se observando melhorias significativas e constantes durante o internamento, com reflexo nas escalas aplicadas medical council research e categorias funcionais da marcha.

A visão é o sentido que nos permite criar imagens do mundo com as quais convivemos no nosso dia-a-dia, utilizamos predominantemente nas múltiplas operações de pensamento, é também através dos olhos e do olhar que reconhecemos os outros, embora o reconhecimento possa ser realizado com os outros sentidos este ocorre de uma maneira menos eficaz. A informação visual ao ser processada é codificada de tal forma que permite ao sistema motor realizar gestos que conduzem a sua reprodução mais ou menos semelhante. Esta característica também se aplica a audição, uma vez que possuímos um aparelho fonador que nos permite emitir sons. É esta rede neuronal de cariz sensoriomotor de nível consciente que constitui o alicerce para a codificação e a evocação de memórias visuais (Caldas, 2000). O estímulo visual aplicado foi escolhido de acordo com as vivências da senhora que segundo a família é uma pessoa que preserva a sua imagem e tem uma relação muito próxima com os seus filhos. Desta forma decidiu-se confrontá-la com o espelho e com a sua própria imagem na primeira sessão e uma videochamada com o filho residente no estrangeiro, na segunda sessão. No confronto com o seu reflexo no espelho, foi possível observar a realização de uma autoinspeção, aparentemente a recordação da sua fisionomia está preservada e esta autoinspeção aparenta uma busca por o que se conhecia previamente e/ou alterações recentes decorrentes do AVC. Na visualização da

videochamada aplicaram-se dois estímulos, auditivo e visual, esta foi a sessão em que foi possível observar uma reação emocional mais expansiva, perante este estímulo apresentou tristeza e alteração dos sinais vitais. A tristeza é uma emoção que surge perante um evento (pode ser uma perda) este desencadeia respostas como a busca de consolo; lamentar; etc.). Também nos podemos tornar emotivos ao recordar uma cena emocional passada. Independentemente de como a memória começa, ela pode incluir uma reação emocional (Ekman, 2003).

O tratamento da informação auditiva recebida contribui para a formação de atividade cognitiva a nível da descodificação dos elementos sonoros e ao nível da formação de conceitos mais concretamente dos que dizem respeito a linguagem. Foi realizada uma sessão que consistia em visualização de imagens dos animais da quinta e animais domésticos, dos produtos da horta e da vinha, após a visualização das imagens eram nomeados verbalmente e estimulava-se a repetição. Durante a visualização das imagens a pessoa apresentava uma expressão facial compatível com alegria, contudo no processo de repetição apresentou sempre dificuldade devido ao compromisso da linguagem presente.

## Conclusão

A associação entre os estímulos sensoriais, previamente selecionados com intervenções já conhecidas e algumas já trabalhadas anteriormente, potenciaram a eficácia de cada uma delas.

A tabela abaixo pretende demonstrar a associação dos estímulos utilizados na regulação sensorial, com as intervenções planeadas para dar respostas aos problemas encontrados.

Tabela 1. Estruturação do estímulo de acordo com intervenção e problema.

<b>Problema</b>	<b>intervenção</b>	<b>Estímulo</b>
<b>Comunicação comprometida</b>	Treinar a repetição e nomeação de imagens de objetos do cotidiano diário.	Auditivo Visual
<b>Deglutição comprometida</b>	Treino de deglutição Ingestão de sumo de laranja fresco/ identificação de paladar	Paladar
<b>Paresia facial presente</b>	massagem facial utilizado creme de rosto habitual	Tátil Olfativo
<b>Andar comprometido Movimento muscular comprometido</b>	massagem dos MI, utilizada loção de corpo pessoal habitual	Tátil Olfativo
<b>Autocuidado comprometido</b>	Treino de AVD utilizados produtos de higiene habituais da própria	Olfativo

Não foram evidenciadas complicações na implementação do programa e observou-se uma recuperação significativa das funções cognitivas e sensório-motoras. Os estímulos térmicos, táteis, visuais, auditivos, olfatórios e do paladar, quando aplicados de acordo com o *habitus*, concorrem todos para o resgate de memória. A introdução do programa de regulação sensorial no plano de cuidados de reabilitação proporcionou bem-estar e conforto durante as intervenções, favoreceu a motivação para a reabilitação que se manifestou por um aumento da iniciativa para o autocuidado e mais autonomia. Durante o processo de reabilitação, a pessoa manifestou interesse e empenho em todas as atividades promovidas, o

que contribuiu em grande parte para o sucesso da sua reabilitação. Conclui-se que aplicação de um programa de regulação sensorial de forma sistematizada e estruturada foi promotor da reabilitação para reverter as alterações observadas e concorreu para incrementar a motivação e a autonomia da pessoa.

## Referências bibliográficas

- Borella, M.P. Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de actividades físicas motoras sobre a neuroplasticidade. *Rev.Neurocienc.* 17(2),161-169.
- Cabral, F. A. & Apolinário, A. (2008). Estimulação multissensorial em pacientes comatosos: uma revisão de literatura. *O Mundo da Saúde*, 32 (1), 64-69.
- Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do comportamento humano*. McGraw-Hill.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life* (2<sup>nd</sup> ed). Academy of Science.
- Gerber, C. (2005). Understanding and managing coma stimulation. Are we doing everything we can? *Critical Care Nursing*, 28 (2), 94-108.
- Kaewsriwong, S., Sukonthasarn, A., Wangsrikhun, S. & Chanpravit, C. (2015). Sensory stimulation process and cognitive function among persons with traumatic brain injury: a case study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 19 (1), 45-57.  
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/18984/26330>
- Pinto, V. M., Seixas; M. Silva, C. (2017, novembro). Influência do *habitus* nos programas de regulação sensorial. Livro de Actas do III Congresso Internacinal da UCM 2017, sobre Educação Inclusiva e Cidadania Democrática no Contexto Moçambicano. Beira, Moçambique.
- Wood, R. (1991). Critical analysis of the concept of sensory stimulation for patients in vegetative state. *Brain Injury*, 5 (4), 401-409



**Apêndice V-** Jornal de aprendizagem- Continuidade de Cuidados na  
Comunidade

## **Continuidade de Cuidados na Comunidade**

Iniciei a primeira fase do meu estágio na UCC e desde muito cedo, fui confrontada com o descontentamento manifestado pela equipa de enfermagem em relação à falta de comunicação entre o hospital e a unidade de cuidados continuados (UCC). Segundo a equipa e a minha enfermeira orientadora, a comunicação entre os Enfermeiros especialista Enfermagem de Reabilitação (EEER) do contexto hospital e os EEER da UCC é quase inexistente. Do ponto de vista da UCC, seria desejável uma comunicação frequente, a referenciação mais direta das pessoas e conseqüentemente a discussão para alcançar a melhor resposta para a pessoa com necessidade de cuidados de reabilitação no domicílio. Constatei que durante a minha permanência não houve, nem se estabeleceu qualquer comunicação entre os EEER do hospital e a EEER da UCC, as referenciações chegavam maioritariamente por prestadores de cuidados da comunidade ou pelos médicos de família.

Considerarei que seria imprescindível compreender melhor esta dinâmica. No início do meu estágio em contexto hospitalar, procurei compreender de que forma eram realizadas as referenciações, quem as executava e quais os critérios e qual o papel do EEER, neste processo.

A Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. É da responsabilidade organizacional dos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Dec. Lei 101/2006 de 6 de junho). É um modelo que se situa como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento. O foco de atenção deixa de ser centrado apenas na alteração biológica e na doença, evolui para um modelo funcional, numa ótica que integra as necessidades das pessoas que apresentam dependência. Agrega: cuidados médicos; cuidados com as funções físicas;

cuidados relativos às atividades de vida diária; cuidados com as funções cognitivas e emocionais; cuidados sociais. A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento, ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias.

Dentro das unidades de internamento existem: a unidade de convalescença que é uma unidade de internamento que se articula com o hospital para dar continuidade ao tratamento manter a supervisão clínica e realizar cuidados de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar, originado por situação clínica aguda, de recorrência ou descompensação do processo crónico. Visa a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos e tem uma previsibilidade de 30 dias. A unidade de média duração e reabilitação presta cuidados clínicos de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, para pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Tem como propósito a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa. Este internamento deve ser superior a 30 dias e inferior a 90 dias. A unidade de longa duração e manutenção de carácter temporário ou permanente, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. A sua finalidade é proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos ou por período inferior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Em ambulatório existem unidades de dia e promoção da autonomia que prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio.

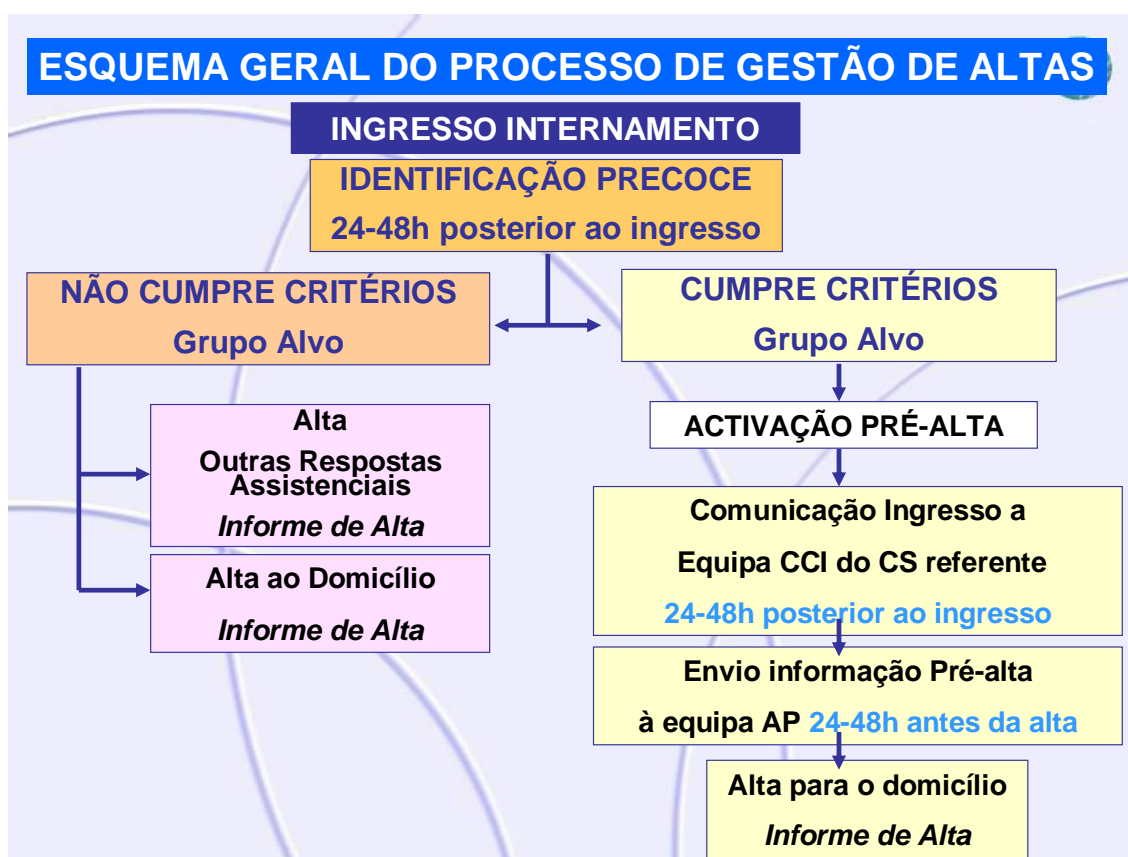
As equipas de cuidados continuados integrados são multidisciplinares, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio. As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos são multidisciplinares e prestam apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos.

A referenciação para a RNCCI pode ser feita através de duas formas pelas equipas de gestão de altas (EGA) do hospital ou pelos centros de saúde. A equipa de gestão de altas do hospital é multidisciplinar e tem o objetivo de preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais (cfr. nº 1 do Artº 23º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho). Esta é responsável pela referenciação para a RNCCI. A avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados é realizada de preferência logo no início do internamento hospitalar, porque é preciso preparar com tempo a etapa que se segue à alta clínica em conjunto com a equipa assistencial. A proposta desta equipa é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL). A sinalização das pessoas com necessidades de referenciação é da responsabilidade de médicos e enfermeiros que nas primeiras 48 horas de internamento devem realizar uma avaliação de necessidades de acordo com o seu campo de intervenção e identificar quais os cuidados necessários a manter no após-alta. Posteriormente, devem sinalizar estes utentes à EGA e preencher a avaliação na ficha de referenciação para RNCCI.

É da responsabilidade da EGA a operacionalização do processo tendo em conta as especificidades de cada serviço e referenciar os doentes para a RNCCI, bem como explicar à pessoa a proposta de reabilitação/ manutenção contactar as famílias e recolher documentos e consentimento informado.

A RNCC destina-se a: idosos com critérios de fragilidade: pessoas em situação de dependência; com incapacidade para resolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária; pessoas com presença de síndromes geriátricas (desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais). Pessoas com doenças crónicas: DPOC; insuficiência cardíaca grave; pessoas com episódios

frequentes de reagudização. Pessoas com doença grave, em fase avançada ou terminal: com sintomas intensos; múltiplos; multifatoriais e instáveis; com grande impacto emocional do doente, família e/ou cuidador. pessoas com necessidade de continuidade de cuidados iniciados nos centros de internamento: reabilitação física / terapia da fala, recuperar a autonomia; doentes em processo pós-operatório ou pós-traumático; tratamento de feridas, úlceras; estomas, sondas; ensino para uso adequado de ajudas técnicas; ensino para o cumprimento terapêutico; supervisão na administração de terapêutica (insulina, corticoides).



A pesquisa realizada para melhorar o meu conhecimento sobre a organização da RNCCI e a dinâmica entre esta e o hospital, permitiu-me compreender o seu funcionamento, nomeadamente o modo como se articula na comunidade, os seus canais de referenciação e critérios, sendo para mim uma mais-valia na construção de pontes entre o hospital e comunidade no futuro. Considero que embora toda a referenciação obedeça a uma estrutura implementada, nada

impede os enfermeiros de manterem contactos ainda que informais, sobretudo quando não há resposta na comunidade. A RNCCI é hoje um recurso imprescindível para dar resposta as necessidades do utente/ famílias, mas não é (in)esgotável.

## Referencias bibliográficas:

Decreto-Lei nº 101/2006 (2006). Criação da rede nacional de cuidados continuados integrados. *Diário da República*, I Série, (nº 109, de 06-06-2006).  
[http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei\\_101\\_2006-1.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_101_2006-1.pdf).

**Apêndice VI – Apresentação de artigo” importância do enriquecimento do ambiente”**



Um ambiente enriquecido aumenta a atividade em pacientes com AVC em reabilitação numa unidade de reabilitação mista: um estudo piloto não randomizado controlado

**Discente:**

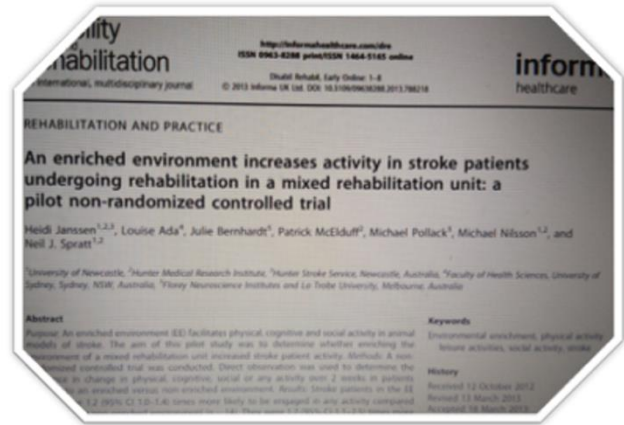
- Sara Cristina Silvério Brissos Pereira N.º 1451

**Docente**

- Prof.ª Dra. Vanda Marques Pinto

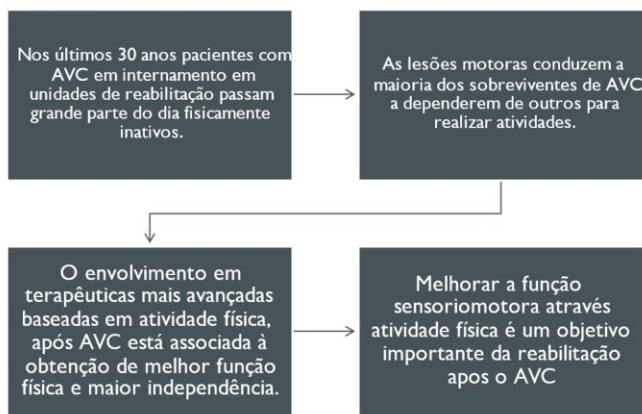
**Enfermeira Orientadora**

- Isabel Santos



**ENQUADRAMENTO**

A pesquisa realizada para este estudo revelou:

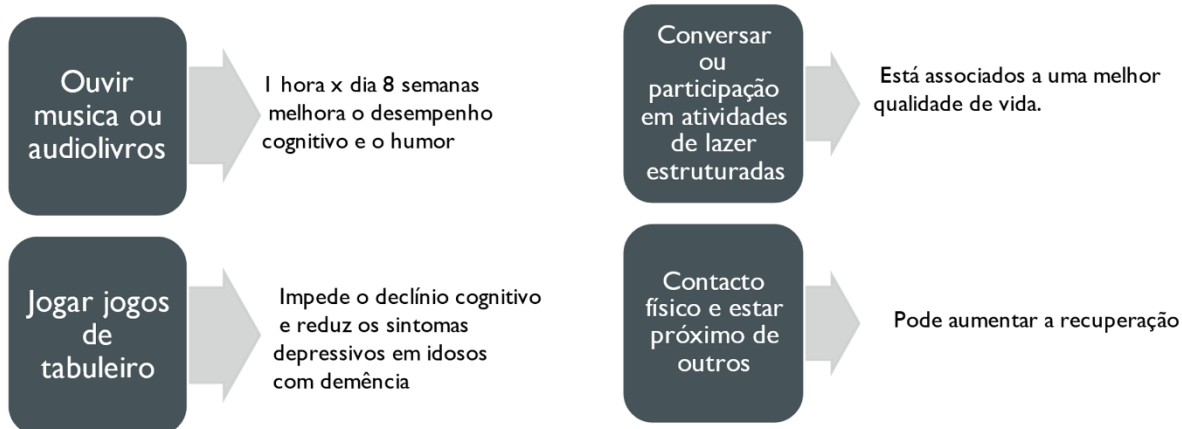


A evidências sugere que os outros dois componentes do enriquecimento ambiental são atividade cognitiva e social.

## ENQUADRAMENTO



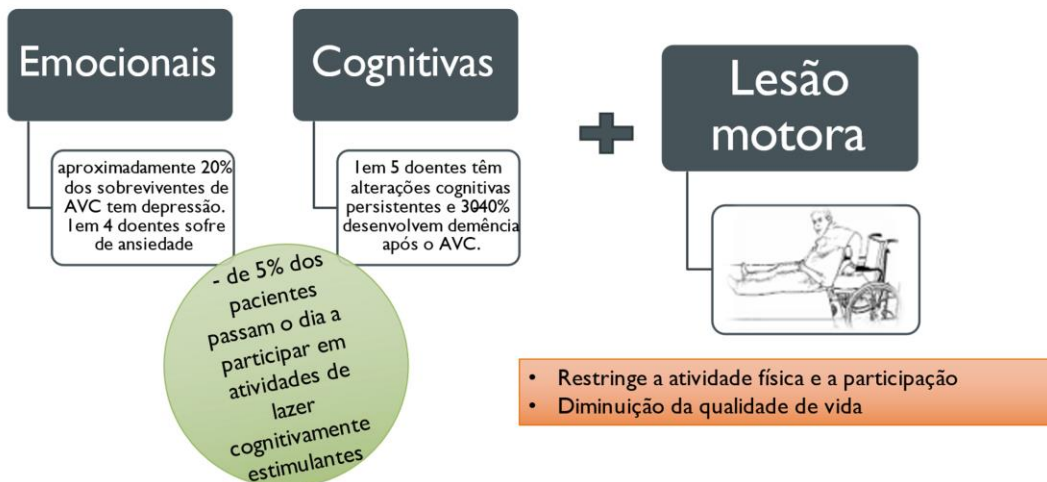
Estar cognitivamente ativo e socialmente ativo pode reduzir o risco de acidentes vasculares cerebrais e reduzir a depressão associada ao AVC, relacionada com alterações de humor e alterações cognitivas



## ENQUADRAMENTO



Estar cognitivamente ativo e socialmente ativo pode reduzir o risco de acidentes vasculares cerebrais e reduzir a depressão associada ao AVC, relacionada com alterações de humor e alterações cognitivas

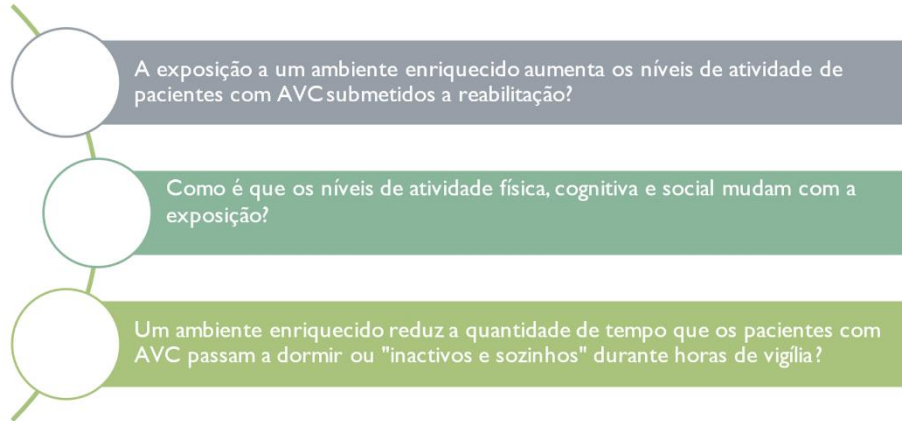


# QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO



O objetivo deste estudo foi determinar se o enriquecimento ambiental é eficaz para os sobreviventes de AVC inseridos em unidades em reabilitação.

- Procurou-se estabelecer se o enriquecimento do ambiente aumenta os níveis de atividade em humanos afetados por AVC em 3 domínios o aumento de atividade física, cognitiva e social,



## METODOLOGIA

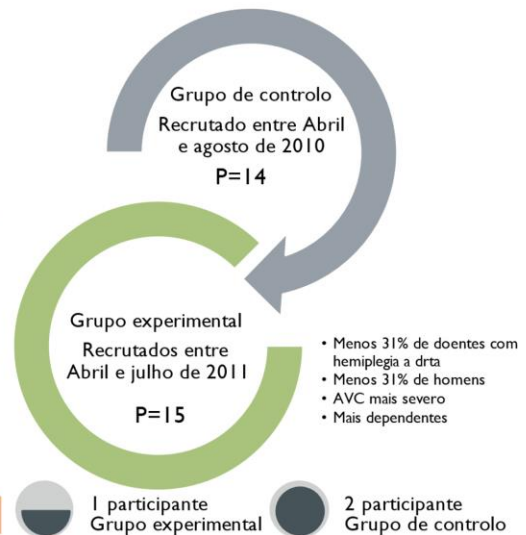


O período de intervenção foi de 13 dias.

Os Níveis de atividade foram recolhidos nas  
**Semana 0**- 5f, dia (0) e (sáb., dia (2),  
novamente nos mesmos dias duas semanas depois  
**Semana 2**- dias 14 e 16

A atividade foi medida por pesquisadores treinados a cada 10mn das 8h00 às 20h00 de cada dia de observação,

48h para cada participante



O ensaio foi aprovado pela Hunter New England Human Research Comitê de Ética (HNE HREC 09/09/16/5.08) e registrado com Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ACTRN12611000629932).

## PARTICIPANTES



### Critérios de inclusão

16 dias de internamento

Pouca ou nenhuma incapacidade pré-mórbida

Cumprir uma ordem simples

Fazer carga nos MI (mesmo com apoio bilateral)

### Critérios de exclusão

Fatores comportamentais, médicos ou outros que impedissem uma participação segura num programa de reabilitação

Função cognitiva = mediana da Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) = 16 em ambos os grupos).

Baixos níveis de escolaridade – 79% não estudaram para além dos 16 anos de idade.

## A UNIDADE E REABILITAÇÃO



### Unidade de reabilitação com doentes patologia mista

#### 2 áreas comuns principais:



#### A proporção de funcionários:

- Enfermeiros 1: 4,
- Fisioterapeutas 1:10,
- Terapeutas Ocupacionais 1: 8,
- Terapia Da Fala 1:10,
- Assistentes Sociais 1:12,
- Auxiliares De Fisioterapia 1:18
- Profissionais Auxiliares De Terapia 1:20.

- ❖ Todas as outras áreas de saúde, incluindo o ginásio de fisioterapia e terapia ocupacional, estavam localizadas no andar de cima
- ❖ O acesso a essas áreas de terapia era por meio de escadas ou elevador.

## INTERVENÇÃO



A exposição ao ambiente enriquecido decorreu do 5º dia até o 16º dia do período (12 dias)

### Equipamentos E Atividades De Enriquecimento Ambiental Comunitários



Jogos Nintendo Wii



Atividades recreativas



Com a ajuda de um membro da equipa de reabilitação

## INTERVENÇÃO



### Equipamentos E Atividades De Enriquecimento Ambiental Individuais.

O enriquecimento individual envolveu a oferta de atividades escolha do participante,

Os membros da família foram encorajados a trazer passatempos e atividades que os participantes apreciavam antes do AVC.



música, audiolivros,



livros, puzzles de palavras e números e jogos de tabuleiro.



Atividades de enriquecimento individual e equipamentos foram arrumados numa mochila ao lado da cama do participante.

## RESULTADOS



### Resultados:

ficou demonstrado que o modelo de enriquecimento ambiental é viável e levou a um aumento nos níveis de atividade dos pacientes com AVC durante duas semanas de reabilitação numa unidade de reabilitação mista.

Se esse aumento na atividade se traduz em melhores resultados ainda não foi determinado.

Pesquisas anteriores demonstram que, quando usados isoladamente, os componentes do enriquecimento utilizados neste estudo piloto (ou seja, música e Nintendo Wii estão associados a melhoras do humor, atividade física e cognição e maior participação em atividades de vida diária.

### Conclusão

A exposição a um ambiente enriquecido está associada a um aumento significativo nos níveis de atividade dos pacientes com AVC em reabilitação numa unidade de reabilitação mista. Este aumento de atividade incluiu o aumento da atividade cognitiva e social e a diminuição do tempo "inativo e sozinho" e de sono.



## **Apêndice VII – Comunicar com as emoções**

## **Introdução**

A cognição agrega um conjunto de funções mentais que compreendem a atenção, percepção, compreensão e linguagem, aprendizagem, memória, resolução de problemas e raciocínio. O compromisso destas funções tem consequências funcionais importantes, independentemente do compromisso motor existente. As alterações cognitivas, decorrentes de lesão cerebral acrescem dificuldade no processo de reabilitação e condicionam em variadas situações a comunicação. Atendendo a esta realidade, fica evidente a importância de considerar outras formas de comunicação. A comunicação não verbal é o envio de mensagens através do corpo, como nas expressões faciais, gestos, movimentos corporais entre outros. Argyle (1978), no seu estudo sobre o comportamento não verbal, apresentou as diversas maneiras de como a mensagem pode ser transmitida, como na: expressão facial; olhos; gestos e movimentos posturais; contato corporal; comportamento espacial; roupa; aspecto físico e outros aspectos da aparência. Estes canais fazem parte de uma categorização denominada “os diferentes sinais corporais”. É essencial compreender que a emoção é um movimento de dentro para fora, a palavra emoção deriva do latim “movere”, mover, pôr em movimento é um modo de comunicar os nossos mais importantes estados e necessidades internas. Este meio de comunicação pode e deve ser considerado, sobretudo em situações em que a pessoa vê a sua capacidade de comunicar alterada e/ou diminuída, como acontece nos casos em que ocorre uma lesão cerebral e a pessoa apresenta alteração do estado de consciência ou é incapaz de comunicar devido a uma alteração da linguagem.

## **As emoções os sentidos e a memória**

Ao longo da nossa vida sucedem acontecimentos que contêm experiências emocionais muito fortes. A intensidade destes acontecimentos permite que em muitos casos sejam recordados por toda a vida ou em momentos particulares, quando ocorrem determinadas circunstâncias como um som, um cheiro, uma palavra ou um ambiente. Perante um estímulo, somos conduzidos numa viagem ao passado que nos permite recordar informações que até esse momento



acreditávamos que estavam esquecidas. A relação que se estabelece entre uma experiência emocional e as memórias que retemos dessa experiência, ocorre naturalmente (Albuquerque & Santos, 2000).

As áreas cerebrais envolvidas no controle motivacional, na cognição e na memória fazem conexões com diversos circuitos neurais, os quais, através de seus neurotransmissores, promovem respostas fisiológicas que relacionam o organismo ao meio externo e interno, importantes à homeostasia (Barreto & Silva; 2009).

Os estímulos (térmicos, táteis, visuais, auditivos, olfatórios e de natureza visceral), chegam a diferentes partes do SNC por vias neuronais que envolvem recetores e nervos periféricos. As informações que chegam ao cérebro percorrem um determinado trajeto ao longo do qual são processadas e se dirigem para as estruturas límbicas e paralímbicas, pelo circuito de Papez<sup>8</sup> ou por outras vias, para adquirirem significado emocional, encaminhando-se continuamente para as regiões específicas do córtex cerebral, que permitem que tomemos decisões e sejam desencadeadas ações (Barreto & Silva, 2009). A tomada de decisão é um processo que é influenciado por sinais “marcadores” que surgem em processos bio regulatórios, incluindo os que se expressam em emoções e sentimentos. Esta influência pode ocorrer em múltiplos níveis de funcionamento, alguns dos quais conscientemente e outros de forma não consciente (Bechara, Damásio & Damásio, 2010).

As emoções podem surgir subitamente e muitas vezes surgem tão rapidamente que o nosso eu consciente não participa nem consegue testemunhar o que a nossa mente desencadeia. Uma emoção que surge abruptamente num determinado momento pode salvar-nos a vida numa situação de emergência, mas também pode ter efeito contrário quando exacerbada. Na realidade, não temos muito controle sobre o que nos emociona, alguns dos estímulos que conduzem a uma emoção são tão poderosos que conseguem controlar a nossa vida (Ekman, 2003).

---

<sup>8</sup> O Circuito de Papez, descrito em 1937, estabelece a relação entre a emoção e a memória recente. É composto pelo hipocampo-tálamo-cingulado-hipocampal, que envolve um feixe de substância branca sob o giro do cíngulo.

## O funcionamento cerebral e as emoções

As emoções mais estudadas com a finalidade de estabelecer as suas relações com o funcionamento cerebral são a sensação de recompensa (prazer, satisfação) e de punição (desgosto, aversão), tendo sido caracterizado, para cada uma delas, um circuito encefálico específico. Damásio (2011) divide as emoções em primárias e secundárias. As emoções primárias são aquelas que o autor considera inatas, destinam-se a responder a determinados estímulos, controladas pelo sistema límbico, sendo a amígdala e o cíngulo as principais estruturas no desenrolar da emoção. A emoção secundária advém de aprendizagem que envolve categorizações de representações de estímulos, associadas a respostas do passado, avaliadas como boas ou ruins. A rede neural que sustenta as emoções secundárias prolonga-se pelos córtices pré-frontal e somatossensorial, contudo a expressão dessas emoções também envolve as estruturas do sistema límbico.

As emoções estão geralmente acompanhadas por respostas autonómicas, endócrinas e musculoesqueléticas que dependem de áreas subcorticais do sistema nervoso e preparam o corpo para a ação. (Ekman,2003).

A perda é a principal causa para desencadear a **tristeza** que pode ocorrer por rejeição por parte de um amigo ou amante; perda de autoestima; por não alcançar um objetivo no trabalho; a perda da admiração ou elogios de um superior; a perda da saúde; a perda de alguma parte do corpo ou função por acidente ou doença ou a perda de um objeto valioso. A tristeza é uma das emoções mais duradoura e tem dois lados distintos, a tristeza e a agonia. Nos momentos de agonia há protesto; na tristeza verifica-se resignação e desesperança. A agonia tenta lidar ativamente com a fonte da perda e a tristeza é mais passiva (Ekman, 2003). A tristeza está relacionada com a ativação de regiões límbicas, porção subgenual do giro do cíngulo e ínsula anterior; desativação cortical, córtex pré-frontal direito e parietal inferior; e diminuição do metabolismo da glicose no córtex pré-frontal (Esperdião-Antonio et al., 2007).

Em contraste com a tristeza, a **surpresa** é a mais breve de todas as emoções e dura apenas alguns segundos, no máximo. O momento de surpresa passa quando descobrimos o que está a acontecer e dá lugar ao medo, alegria, raiva, nojo, etc., dependendo do que nos surpreendeu ou pode não ser seguido de qualquer emoção se determinarmos que o surpreendente acontecimento não teve qualquer consequência. A surpresa só pode ser desencadeada por um acontecimento repentino e inesperado.

O **Medo** segue frequentemente a surpresa, pode ser extremamente breve, mas também ser duradouro dependendo da situação. A ameaça de dano físico ou psicológico, caracteriza todas as situações que conduzem ao medo. Se não congelarmos ou fugirmos, é provável que o medo dê lugar à raiva direcionada a ameaça e a nossa ação, passa a ser congruente com esta emoção que pode surgir alternadamente com o medo. A reação a esta emoção pode ser diferente dependendo do tipo de ameaça a que estamos sujeitos, podendo ser imediata ou iminente. As diferentes ameaças resultam em comportamentos diferentes: ameaça imediata geralmente leva a uma ação (congelamento ou fuga), enquanto a ameaça iminente leva-nos a uma maior vigilância e tensão muscular. A resposta a uma ameaça imediata muitas vezes é analgésica, reduzindo as sensações de dor, enquanto uma ameaça iminente aumenta a dor. Por último, há algumas evidências que sugerem que uma ameaça imediata e uma ameaça iminente envolvem diferentes áreas da atividade cerebral (Ekman, 2003). As relações entre a amígdala e o hipotálamo estão associadas às sensações de medo e raiva. A amígdala é responsável pela identificação, geração e manutenção das emoções relacionadas ao medo e reconhecimento de expressões faciais de medo e coordenação de respostas adequadas às ameaças e ao perigo (Esperdião-Antonio et al., 2007).

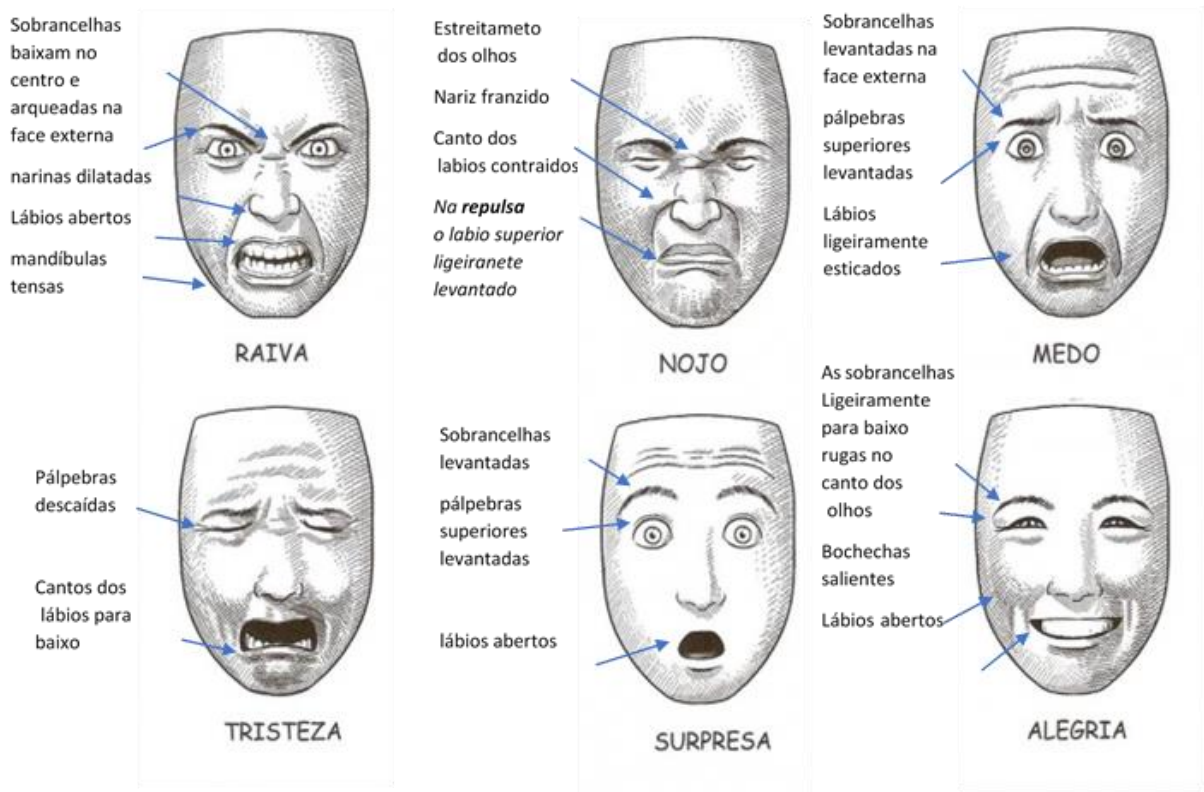
A **raiva** é manifestada basicamente por comportamentos agressivos, os quais dependem do envolvimento de diversas estruturas e sistemas orgânicos para serem expressos. Além disso, esse comportamento também admite variações de acordo com o estímulo que o evoca. A raiva, assim como o medo, é uma emoção relacionada às funções da amígdala, em decorrência de conexões com o hipotálamo e outras estruturas (Barreto & Silva, 2009).

O **nojo** manifesta-se por uma sensação de aversão. Em determinadas situações sentir o gosto de algo que se quer cuspir ou a ideia de comer algo desagradável pode provocar enjoo; um cheiro que se quer bloquear evoca repulsa. E só o pensamento de como algo repulsivo pode cheirar, traz à tona o nojo; a visão de algo que pode ser desagradável ao paladar ou ao cheiro pode evocar nojo. Os sons também podem ter esse efeito quando estão relacionados a um acontecimento abominável. No que concerne ao toque, a sensação de algo ofensivo, como um objeto viscoso, também pode provocar nojo. Também as pessoas podem ser ofensivas em sua aparência, olhar para elas pode ser desagradável, assim como ver uma ferida ou sangue são também situações que podem evocar o nojo.

Todos os estados de **alegria** são desencadeados por sensações vinculadas ao prazer sensorial. Ser tocado especialmente por alguém de quem gostamos e quando o toque é realizado de forma carinhosa ou sensual; assistir ao pôr do sol; ouvir sons como as ondas do mar, ou a água a correr sobre as rochas; o vento a soprar nas árvores ou uma grande variedade de música; bem como o gosto e cheiro agradáveis de que gostamos. Todas estas experiências parecem desencadear alegria. A alegria compreende as sensações de paz e êxtase, sendo que a intensidade desses estados é variável, uma vez que a paz pode ser sentida de forma mais sutil ou profunda, mas a experiência do êxtase é sempre intensa. As emoções agradáveis motivam as nossas vidas, guiam-nos em atividades que são necessárias para a sobrevivência da nossa espécie como as relações sexuais ou facilitar o crescimento dos nossos filhos e este é provavelmente o prazer supremo. A ativação dos gânglios basais (incluindo o estriado ventral e o putâmen) ocorre perante um estímulo que induz estados de alegria, além do mais, não podemos esquecer que os gânglios basais recebem uma rica inervação de neurónios dopaminérgicos do sistema mesolímbico, profundamente ligados à geração do prazer e do sistema dopaminérgico do núcleo estriado ventral. A dopamina age de modo independente, utilizando receptores opióides e gabaérgicos no estriado ventral, na amígdala e no córtex órbito-frontal, algo relacionado a estados afetivos (como prazer sensorial), enquanto outros neuropeptídeos estão envolvidos na geração da sensação de satisfação por meio de mecanismos homeostáticos (Esperdião-Antonio et al., 2007).

## A expressão da emoção

Cada uma das emoções tem sinais únicos que originam manifestações diversas, mas as mais detetáveis ocorrem no rosto e na voz. Ekman (2003) explora as sete emoções universais, cada uma delas com uma característica facial universal, uma expressão.



Fonte: <https://poetalandia.wordpress.com/2012/12/28/expressoes-faciaisuma-arte/>

## A ação como resposta da emoção

Em resposta a um estado emocional, produzimos ações. As respostas a uma mesma emoção podem variar dependendo das circunstâncias.

tristeza	medo	raiva	nojo	alegria
<ul style="list-style-type: none"><li>• Busca de consolo</li><li>• lamentar</li><li>• Protestar</li><li>• Retirar-se</li><li>• Ruminar</li><li>• Sentir vergonha</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evitar</li><li>• Ficar paralisado</li><li>• Preocupar-se</li><li>• Retirar-se</li><li>• Ruminar</li><li>• Indeciso/hesitante</li><li>• Gritar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Discutir</li><li>• Brigar</li><li>• Enfraquecer o outro</li><li>• Insultar</li><li>• Passivo-agressivo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evitar</li><li>• Desumanizar</li><li>• Vomitar</li><li>• Retirar-se</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecer relações</li><li>• Complacência</li><li>• Expressar o sentimento</li><li>• Saborear</li><li>• Tentar manter estado de alegria</li></ul>

As emoções determinam a qualidade das nossas vidas e ocorrem em todos os relacionamentos que consideramos importantes: no local de trabalho, nas nossas amizades, no contacto com familiares e nas relações mais íntimas. As emoções podem salvar a nossa vida, mas também podem causar danos reais. Encaminham a agir de modo adequado, mas também nos podem levar a agir de uma forma que lamentamos à posterior (Ekman, 2003).

## Conclusão

A revisão da literatura realizada evidência uma relação entres os processos emocionais, os cognitivos e os homeostáticos. As emoções desencadeadas pelos estímulos manifestam-se por via de e sinais visíveis no rosto, na voz nos gestos, possíveis de ser identificados por outros. Considerar as emoções como um meio de comunicação será de grande valia para a compreensão das respostas exibidas, pelas pessoas com lesão cerebral nas variadas situações, inclusive na identificação das respostas ao processo de reabilitação. As expressões faciais, apresentam cada uma delas uma característica facial universal, são a manifestação mais identificável e o sinal de que uma emoção está a surgir. Com a capacidade de identificar as emoções desde cedo, podemos estar mais aptos a lidar com a pessoas numa variedade de situações, inclusive durante o processo de reabilitação, quer na adequação da intervenção, quer na avaliação da intervenção implementada.

## Referências Bibliografia

Albuquerque, P.B. & Santos, J.A. (2000). Memória para acontecimentos emocionais: Contributos da psicologia cognitiva experimental. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 21-33. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/287/28720203.pdf>

Argyle, M. (1988). *Bodily communication*, (2ª ed.) Metheun & Co

Bechara, A., Damasio, H. & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10(3), 295–307. <https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>

Barreto, J. & Silva, L. (2009). Sistema límbico e as emoções: uma revisão Anatômica. *Revista Neurociências*, 18(3), 386-394. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8466>

Damásio, A.R. (2011). O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano (7ª ed). Círculo de Leitores.

Antonio, V.E., Colombo, M.M., Monteverde, D.T., Martins, G.M., Fernandes, J.J. Assis, M.B., Batista, R.S. (2007). Neurobiologia das emoções. *Rev. Psiq. Clín*, 35 (2), 55-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000200003>

Ekman, P. (2003). Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life (2<sup>nd</sup> ed). Academy of Science.

Hamdy, S., Jilani, S., Price, V., Parker, C., Hall, N. & Power, M. (2003). Modulation of human swallowing behaviour by thermal and chemical stimulation in health and after brain injury. *Neurogastroenterol Motil*. 15, 69-77. DOI:10.1046/j.1365-2982.2003.00390.x

Tomaz, C. & Giugliano, L. G. (1997). A razão das emoções: um ensaio sobre “O erro de Descartes”. *Estudos de Psicologia*, 2(2), 407-411.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1997000200013>



## **Apêndice VIII – Projeto de Estágio**

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Projeto de Estágio

**A pessoa com alteração cognitiva resultante de Acidente**  
**Vascular Cerebral: Intervenção de Enfermagem de**  
**Reabilitação.**

**Sara Cristina Silvério Brissos Pereira**  
**Nº1451**

**Lisboa**

**2019**



**10º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização Enfermagem de  
Reabilitação**

Projeto De Estágio

**A pessoa com alteração cognitiva resultante de Acidente  
Vascular Cerebral: Intervenção de Enfermagem de  
Reabilitação.**

**Sara Cristina Silvério Brissos Pereira  
Nº1451**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Vanda Marques Pinto

**Lisboa**

**2019**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or ribbon, matching the ESEL logo's color and style.

## **SIGLAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

SPAVC - Sociedade Portuguesa Do Acidente Vascular Cerebral

OE- Ordem dos Enfermeiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PNDCCV - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

RCAAP - Repositório Científico De Acesso Aberto De Portugal

PQCER - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem

RV- Realidade Virtual

## **INDICIE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.</b>	<b>7</b>
1.1. Fundamentação teórica	9
1.1.1. Funções cognitivas e alterações decorrentes do AVC	9
<b>2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b>	<b>12</b>
2.1. Reabilitação cognitiva- neuroplastecidade	14
2.1.1. Estimular as funções cognitivas	15
2.2. Referencial teórico – Autocuidado	17
<b>3. LOCAIS DE ESTÁGIOS</b>	<b>20</b>
3.1 Caracterização das instituições	21
<b>4. OBJECTIVOS</b>	<b>22</b>
4.1 Objetivos geral	22
4.2 Objetivo específico	22
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
<b>6. REFERNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>24</b>

## **APÊNDICES**

**Apêndice I - Guiões de entrevista**

**Apêndice II - Planeamento das atividades**

**Apêndice III -Cronograma**

## INTRODUÇÃO

O presente projeto surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Constitui-se num projeto de formação, com vista a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) tendo em vista alcançar as expectativas dos Descritores de Dublin em 2003. Perspetiva-se implementar este projeto no ensino clínico no 3º semestre.

A temática deste trabalho, nasce de uma inquietação, que surge da observação diária no meu contexto de trabalho. Diariamente cuido de pessoas com diagnóstico de AVC, com múltiplas alterações decorrentes desta enfermidade, as alterações mais comuns são as alterações da mobilidade; paresia facial; Linguagem; deglutição; padrão de eliminação vesical e intestinal e alterações das funções cognitivas. Verifico que as pessoas que apresentam alterações das funções cognitivas, tem uma reabilitação mais lenta e dificultada. A constatação deste facto, originou um interesse especial por esta matéria. Defini como objeto de estudo as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que contribuem para a reabilitação cognitiva da pessoa após o AVC.

Tendo como objetivo geral: Desenvolver competências específicas na área de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com alterações cognitivas.

A reabilitação da pessoa após AVC está particularmente condicionada há abrangência da lesão cognitiva, e subsequentes alterações das funções cognitivas, o sucesso da reabilitação é condicionado ao compromisso cognitivo. Segundo Zinn et al., (2004) O compromisso cognitivo é um preditor de relevância da capacidade de recuperação, uma vez que afeta diretamente o processo de reabilitação e recuperação da pessoa com diagnóstico de AVC.

Percurso metodológico: Partindo da necessidade acima, identificada, realizei uma revisão narrativa da literatura no sentido de aprofundar e adquirir novos conhecimentos sobre as intervenções do EEER no âmbito da reabilitação cognitiva.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados, EBSCO, B.On, Scielo e Google Académico e Repositório Comum – ESEL.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: stroke; cognitive rehabilitation; cognitive impairment; alternando a pesquisa com “*And*” e “*Or*”. Os critérios utilizados da pesquisa foram: “*Full text*” e “*Abstract*”. Obtive um resultado superior a 600 artigos, no total das pesquisas, com a introdução das palavra-chave, nurse ou nursing obtive 22 artigos científicos, posteriores ao ano 2010. Com base no título e nos resumos, realizei uma triagem, ficando com um total de 10 artigos, que analisei para a realização deste trabalho.

Para além dos artigos pesquisados nas bases de dados, acima mencionadas, recorri, também ao Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCV), 2017, ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, bem como aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQ CER). Consultei obras publicadas por autores de referência sobre a temática abordada e ainda teses de mestrado sobre o tema, disponíveis na base de dados da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, repositório científico de acesso aberto de Portugal (RCAAP), bem como as suas bibliografias. Foram também consultadas revistas da Sociedade Portuguesa Do Acidente Vascular Cerebral (SPAV).

O trabalho está estruturado em 6 capítulos, o primeiro define a área temática, conceitos a ela relacionados, e a explicitação do seu impacto a nível nacional europeu e mundial. O segundo capítulo aborda a intervenção do EEER, e o referencial teórico de enfermagem e como esta estrutura a minha prática. O terceiro capítulo descreve os contextos de estágio, o quarto capítulo, expões os objetivos definidos a alcançar e o plano de atividades. O quinto e sexto capítulo correspondem as considerações finais e bibliografia respetivamente.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“o AVC é uma doença súbita, que afeta uma zona localizada no encéfalo, produzindo, portanto, sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área afetada e que ocorre mais frequentemente em indivíduos com fatores de risco vascular.” (Ferro, 2006, p77). As lesões cerebrais mais frequentes são as decorrentes de doenças das artérias e veias. As células nervosas são particularmente vulneráveis, e isso as distingue das restantes células do organismo. A glicose é indispensável para o seu metabolismo energético e as suas reservas são limitadas, e a resistência à falta de oxigénio é muito pequena. O transporte destes elementos para o cérebro ocorre através da circulação sanguínea, sempre que esta é afetada, o metabolismo do neurónio fica comprometido, e pode eventualmente ocorrer a morte das células nervosas. Caldas (1999).

Martins (2002), afirma que as causas diretas de um AVC agudo são a trombose, a hemorragia, a embolia e a isquemia cerebral transitória. Os fatores de risco mais importantes para o AVC são: Idade, género e etnia (não modificáveis) hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, hiperlipemia, alcoolismo, obesidade, sedentarismo (modificáveis) (Ferro, 2006).

O AVC isquémico, ocorre por obstrução da artéria por trombose ou embolia. Em caso de trombose a oclusão acontece devido a formação de um coágulo no interior de uma artéria cerebral, que bloqueia o fluxo de sangue. No caso do acidente vascular cerebral embólico, este ocorre por migração de um coágulo de sangue através da corrente sanguínea até ao cérebro, bloqueando uma artéria cerebral. Este pode ter origem em regiões diversas do organismo, a origem mais frequente é o coração ou na bifurcação da artéria carótida no pescoço. Caldas (1999).

O AVC hemorrágico, acontece devido a uma hemorragia, provocada pela rutura de um vaso sanguíneo no tecido cerebral. Este pode ocorrer devido a hemorragias cerebrais, parenquimatosas ou subaracnoideias. Martins (2002). Em 15% dos casos, o AVC é hemorrágico e 85% dos casos são isquémicos. (SPAVC) (2016).

No Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (PNDCCV) (2017), os dados estatísticos referentes a 2015, mostram que



ocorreram em Portugal, 5089 internamentos de doentes com diagnóstico de AVC hemorrágico, dos quais 1236 não sobreviveram, 20.095 doentes foram internados, com diagnóstico de AVC Isquémico, dos quais 2329 morreram. As doenças cérebro-cardiovasculares de acordo com o mesmo programa é a principal causa de morte em toda a OCDE. Em Portugal os dados estatísticos revelam uma diminuição de 19,7% do número de óbitos por doenças cerebrovasculares (PNDCCV, 2017). Conclui-se que o número de doentes sobreviventes, tem vindo a aumentar.

A Sociedade Portuguesa Do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) (2016), afirma que o estado de saúde dos doentes que sofreram AVC, após os três meses, do mesmo ter ocorrido, determinam a sobrevivência e a incapacidade a longo prazo. Sete anos depois, 20% são autónomos, 16% têm incapacidade ligeira a moderada e os restantes apresentam incapacidade importante ou faleceram.

A nível mundial e de acordo com World stroke organization (2016), 17 milhões de pessoas em todo o mundo sofreram AVC, 6,5 milhões morrem e 26 milhões são sobreviventes sendo que 5 milhões ficam com incapacidade permanente.

A colheita de dados, descrita evidencia que o AVC e as sequelas que dele decorrem são um problema com impacto a nível da pessoa das famílias e da comunidade. O plano de ação para o AVC na europa 2018-2030, faz referência ao objetivo, definido na declaração de Helsingborg de 2006, que definia que todos os doentes de AVC na europa deveriam ter acesso a planos de reabilitação contínuos. A mesma fonte afirma que há necessidade de aumentar o número e a capacidade das associações de AVC, a fim de garantir que todos os doentes, têm acesso equitativo. Há também uma escassez de enfermeiros com experiência em AVC na área reabilitação. European stroke Journal, (2018)

Em Portugal desde 2006, as populações dispõem de Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no entanto ainda são insuficientes para as necessidades do país, e nem sempre dispõem de EEER.

Desta forma considero pertinente desenvolver este projeto nesta área pois consiste num desafio, para o EEER tendo em conta a abrangência da sua ação. A assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação, em

2015, já havia considerado como prioritárias áreas de investigação em enfermagem de reabilitação, entre as quais: intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cognitiva. Proponho-me assim a estudar as intervenções promotoras da reabilitação cognitiva após AVC.

## **1.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

As alterações decorrentes do AVC que encerram incapacidade permanente ou transitória produzem impacto na pessoa, na família, e na sociedade. Martins, (2002) afirma que o AVC é uma fonte de stress para o indivíduo e sua família, as sequelas sejam elas mais ou menos prolongadas impõem mudanças, que inevitavelmente geram ansiedade e necessidade de adaptação. O Processo de reabilitação visa potenciar uma recuperação e reintegração da pessoa, diminuindo a sua deficiência, incapacidade ou desvantagens. Não é suficiente recuperar a função motora, sensitiva ou de comunicação, e necessário levar a pessoa a ser independente no seu autocuidado e no seu meio familiar e social (...) Martins (2002).

Cabe ao EEER, cuidar das pessoas com necessidades especiais ao longo do seu ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, (Regulamento de competências específica do EEER (2010))

### **1.2.1. FUNÇÕES COGNITIVAS E ALTERAÇÕES DECORRENTES DO AVC**

Importa definir o que se entende por cognitivo *“Cognitivo é uma expressão que está relacionada com o processo de aquisição de conhecimento (cognição). A cognição envolve fatores diversos como o pensamento, a linguagem, a percepção, a memória, o raciocínio etc., que fazem parte do desenvolvimento intelectual.”* (Significados).

Após o AVC as alterações cognitivas podem ser diferentes, de pessoa para pessoa. As capacidades verbais e as capacidades que requerem uma

análise minuciosa dos estímulos como, a linguagem oral, a escrita, leitura, cálculo e memória verbal, estão localizadas no hemisfério esquerdo. No hemisfério direito localizam-se as capacidades não verbais as capacidades que solicitam um processamento mais global dos estímulos como, as referências espaciais a memória de faces, visuo-espaciais e musicais. (Martins, 2006)

A memória pode ser dividida em memória sensorial; memória de curto prazo e memória de longo prazo. **A memória sensorial** é a memória retida por prazo muito curto através de um estímulo recebido pelo encéfalo, quando algo está a ser observado, avaliado ou executado. **A memória de curto prazo** diz respeito a informação que retemos por um período compreendido entre alguns segundos e alguns minutos, ela é limitada pelo número de elementos de informação que podem ser armazenados num determinado momento, é variável de pessoa para pessoa. Esta sempre que a pessoa se distrai ou quando surge uma nova informação, é apagada. **A memória de longo de prazo** pode dividir-se em dois tipos, **explícita ou declarativa** (pode durar toda a vida) e implícita ou processual. A primeira envolve a retenção de factos, nomes, datas e locais, esta encontra-se no lobo temporal, hipocampo e núcleo amigdalino. O hipocampo promove a recuperação da memória e o núcleo amigdalino atribui emoção a memória, os seja sentimentos que sentimos em relação a recordação. Uma lesão ao nível do lobo temporal que afete o hipocampo, pode impedir o encéfalo de transferir a informação da memória de curto de prazo para a memória a longo prazo. A emoção e o humor determinam o que é ou não armazenado na memória de longo prazo. A memória explícita é aparentemente armazenada em diversas porções do cérebro de forma separada especialmente no lobo parietal. A recuperação de uma memória complexa implica a montagem dos vários segmentos da memória sempre que esta é evocada. Esta memória pode se ir perdendo ao longo do tempo. **A memória implícita ou processual** envolve o desenvolvimento de habilidades como andar de bicicleta, é armazenada maioritariamente no cerebelo e na área pré-motora do cérebro, os reflexos condicionados também são processuais. Esta memória não é perdida ao longo do tempo poderá ocorrer uma perda, mas apenas de uma pequena parte. (Seeley, 2007)

As alterações cognitivas ao nível da memória após o AVC, manifesta-se numa amnésia anterógrada, ou seja, uma dificuldade em adquirir novas

informações, no entanto a pessoa poderá ter memórias que antecederam a lesão (Ferro,2006). Amnesia retrograda sucede quando a pessoa não se recorda de eventos anteriores a lesão, quando os eventos esquecidos se situam entre duas datas, estamos perante uma amnesia lacunar. ( Ostroski-Solis& Gutierrez,2003)

A **atenção**, para Caldas (1999), caracteriza-se por um processo complexo que implica a divisão de numerosas operações. Faz parte da atividade sensorial e é imprescindível para a memória. Funciona como um distribuidor da atividade sensorial aos vários níveis da consciência, que em simultâneo processam a informação

Ferro & Pimentel (2006), destacam as **Funções executivas** do conjunto de funções das funções nervosas superiores, atribuem-lhe relevo devido a sua participação nos nossos comportamentos; emoções, e atividade cognitiva mais complexa onde se impõe ponderação de múltiplos fatores (conceitos morais, regras sociais, princípios de justiça, aspetos emocionais, etc), como na tomada de decisão mais difícil, análises de novas situações ou estratégia e planeamento de ações.

O desenvolvimento da comunicação acompanha o desenvolvimento dos sistemas sensoriais e motores que ocorreram com o desenvolvimento das espécies. O nível mais alto da comunicação é a **linguagem** que é própria da espécie humana (Caldas, 1999). A área da fala encontra-se no córtex cerebral esquerdo, e participam na linguagem duas áreas principais, a área de wernicke, a área sensorial da fala que ocupa uma parte do lobo parietal, é essencial para a compreensão e formulação de um discurso coerente. A área de broca, a área motora da fala, ocupa a parte inferior do lobo frontal, e inicia as sequencias complexas de movimentos necessários a fala (Seeley, 2007).

A Afasia é uma desordem da produção ou compreensão da linguagem na sequência de uma lesão cerebral. (Ferro, 2006).

**Apraxia** gestos previamente aprendidos, mais concretamente no seu planeamento e execução, ou seja, o engrama motor necessário a sua realização Esta alteração pode impedir a pessoa de realizar atividades de vida diária tendo como consequência a perda da sua autonomia, na ausência de alterações motoras ou sensoriais. (Ferro, 2006)

A capacidade de calcular envolve um conjunto de processos cognitivos, para tal, é necessário aceder a informação previa como: estimativa de quantidades, conhecimento dos números e dos símbolos, das operações aritméticas, conhecimento dos factos aritméticos (tabuada) e os procedimentos das várias operações, envolve também a memória de trabalho. “*a acalculia é uma perturbação da capacidade de calculo, escrito ou mental*“(Ferro & Pimentel ,2006).

O hemisfério direito guarda as capacidades visuo-espaciais, ou seja, reconhecimento do espaço circundante, de trajetos de estímulos visuais complexos, como a face humana e da atenção hemiespacial seletiva. As lesões deste hemisfério causam tipicamente alterações cognitivas ao nível da atenção hemiespacial seletiva, o **Neglect** caracteriza-se pela incapacidade em entender, explorar e responder a estímulos presentes no hemicorpo esquerdo (Ferro & Pimentel ,2006).

## **2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

A especialidade de reabilitação agrega um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, que possibilita ajudar as pessoas com doenças agudas e crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os objetivos gerais do EEER, são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, e deste modo preservar a autoestima. É da competência do EEER, desenvolver intervenções no âmbito da prevenção, através de diagnósticos precoces e ações preventivas, assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações a fim de evitar incapacidades assim como executar intervenções terapêuticas com vista a melhoria das funções residuais para manter e recuperar a sua independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, ao nível das funções neurológica, respiratória e cardíaca ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento nº 392/2019, p. 13565).

O processo da reabilitação é único e pessoal não se constitui num conjunto de atos ou técnicas pontuais. Importa compreender o que aconteceu

com a pessoa no que respeita a sua deficiência, incapacidade ou desvantagem, assim como o modo como ela percebe a sua realidade (Martins, 2006). Para conceber um plano de cuidados de reabilitação é necessário o enfermeiro realizar uma avaliação sistemática, que lhe permita identificar as necessidades de intervenção específicas do EEER, só assim será possível melhorar a qualidade de vida da pessoa e a sua consequente reintegração na sociedade.

A colheita de dados deve ser completa, com recuso ao processo clínico, semiologia clínica, exames auxiliares de diagnóstico, entrevista à pessoa e família. Esta deve ser associada a uma avaliação cuidada da pessoa. A avaliação neurológica assume neste trabalho destaque, impõe uma avaliação do estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha e força muscular. Pode e deve ser complementada com escalas já desenvolvidas e utilizadas em muitos serviços, com evidencia da sua utilidade, sendo uma mais valia na avaliação dos resultados esperados. A escala NIH de AVC é utilizada em alguns serviços nomeadamente em serviços de neurologia e/ou neurocirurgia, trata-se de uma escala que avalia 11 itens (nível de consciência, olhar conjugado, campos visuais, paresia facial, membros superiores, membros inferiores, ataxia de membros, sensibilidade, linguagem, disartria, e por fim extensão e desatenção). Para a avaliação da memória poderá ser utilizada a escala Mini Mental State Examination, avalia 5 itens (orientação; retenção; atenção e cálculo; Evocação; linguagem). para identificação de neglect, aplicação de testes gráficos como a prova de “barragem” (solicita-se à pessoa que desenhe um relógio, e no caso do doente com neglect este poderá colocar todos os números ou ponteiros no lado direito, ignorando o lado esquerdo. A escala de Lower avalia a força muscular esta define 5 níveis de força muscular; Escala de Ashworth, é utilizada para avaliação do tónus muscular.

Segundo Martins, (2006) o plano de reabilitação da pessoa após o AVC deve ser implementado precocemente, a autora define que este deve ser iniciado entre as quarenta e oito e as sessenta e duas horas após o AVC. Após lesão cerebral, quer a intensidade do tratamento, como o intervalo de tempo entre a lesão e o início da reabilitação influenciam a recuperação da função nervosa. (Borella & Sacchelli, 2009)

## 2.1. REABILITAÇÃO COGNITIVA - NEUROPLASTECIDADE

De acordo com Damásio (2010), os neurónios possuem características idênticas a todas as outras células do nosso corpo, no entanto o seu funcionamento é distinto. Estes são sensíveis às alterações que acontecem a sua volta, são excitáveis, uma particularidade partilhada com as células musculares. O neurónio possui uma extensão fibrosa o axónio, e na sua extremidade forma a sinapse, desta forma os neurónios podem enviar sinais a outras células, e outros neurónios. Estes concentram-se maioritariamente no sistema nervoso central, mas enviam sinais ao corpo e ao mundo exterior, e recebem sinais de ambos. A atividade de pequenos circuitos organiza-se em grandes redes, capazes de criar padrões neurais. Estes padrões representam objetos e acontecimentos exteriores ao cérebro. no entanto certos padrões representam também o processamento de outros padrões por parte do cérebro. O termo mapa pode ser aplicado a todos esses padrões representativos, alguns simples e, outros mais complexos, alguns concretos e outros abstratos, ou seja, o cérebro mapeia o mundo em seu redor, bem como o seu próprio funcionamento. Esses mapas são experienciados como imagens na nossa mente, as imagens não são só às imagens de tipo visual, mas também as imagens com origem em qualquer sentido, sejam elas auditivas, viscerais ou tácteis. (Damásio, 2010, p 33-34).

A reabilitação cognitiva, segundo Cardoso et al., (2004) e um processo terapêutico que tem como objetivo, recuperar ou estimular as funções cognitivas, esta suporta-se na capacidade plástica do cérebro, ou seja, a capacidade de substituir circuitos, cerebrais lesionados, por circuitos anexos intactos através de estímulos comportamentais. Este fenómeno constitui-se na plasticidade cerebral, que pode ser explorada na reprogramação das redes neurais e contribuir para a diminuição das lesões cerebrais.

(Borella & Sacchelli, (2009), definem a neuroplasticidade como a capacidade de adaptação do sistema nervoso, principalmente a dos neurônios, às mudanças nas condições do ambiente que ocorrem diariamente na vida das pessoas. Determinadas atividades ou a prática das mesmas, desde que não seja simples repetição de movimentos, induz mudanças plásticas e dinâmicas no sistema nervoso central (SNC). As mesmas autoras afirmam que a

reorganização neural pode ser facilitada através de treino repetitivo; prática de tarefas específicas; treino sensorial, e prática mental, integradas na reabilitação.

As autoras afirmam que os vários estudos, por elas analisados provam que o treino motor pode promover neurogênese, sinaptogênese, angiogênese, modulação pré e pós sinápticos, e desta forma contribuir para resultados positivos na recuperação. As áreas corticais ajustam constantemente o modo como processam informação, conservando a capacidade de desenvolver novas funções. Os mapas das áreas funcionais do córtex cerebral são produzidos pelo registo da atividade neural, em resposta à estimulação sensorial ou durante as contrações musculares ativas (Borella & Sacchelli, 2009).

### **2.1.1. ESTIMULAR AS FUNÇÕES COGNITIVAS**

Torriani, et al., (2008) realizam um estudo para provar a relação entre a **estimulação motora e sensorial** da planta do pé hemiparético e o aumento do equilíbrio e sensibilidade dos pacientes hemiparéticos pós AVC. Os pacientes foram divididos em 3 grupos: grupo sensorial: composto por 6 sujeitos que receberam estimulação sensorial na planta do pé hemiparético com objetos de diferentes texturas por 15 minutos; grupo motor: composto por 6 sujeitos que receberam massagem manual profunda na perna e planta do pé hemiparético associados à mobilização ativo-assistida de dorsiflexores e plantiflexores por 15 minutos, e grupo sensório motor : composto por 6 sujeitos que receberam estimulações sensoriais por 7m30s seguido de mobilização ativo assistida de dorsiflexores e plantiflexores por 7m30s associadas à massagem profunda. Os resultados demonstram que tanto a estimulação sensorial quanto a motora (utilizadas isoladamente ou associadas) promovem o equilíbrio e aumentam a sensibilidade de pacientes hemiparéticos pós AVC.

A alteração da memória é um dos principais prejuízos cognitivos causados pelo AVC, Batista et al., (2019) no estudo que levaram a cabo, concluíram que o **treino de estratégia mnemónica** de “face-name” tem potencial para melhorar o desempenho da memória e promover alterações da atividade cerebral, pelo recrutamento de área frontoparietal como um possível mecanismo de compensação. É um método específico que facilita a organização e associação de informações (um nome próprio para a respetiva face), aumentando assim a



profundidade de processamento e codificação. O estudo evidenciou os benefícios de um treino mnemônico específico, sobre o funcionamento cerebral e o comportamento em pacientes com AVC isquêmico do hemisfério esquerdo. Após o treino mnemônico, os pacientes apresentaram uma distribuição das redes neurais que intervêm nas funções da memória, como áreas visuais, temporais, parietais e padrões neurais. A melhoria do desempenho foi associada ao aumento nas áreas contrárias a lesão incluindo o córtex parietal superior, o giro supramarginal, o sulco intraparietal, o giro angular e o córtex occipital lateral. Estas regiões cerebrais estão envolvidas no processamento de operações cognitivas, incluindo controle de atenção, memória de trabalho, esquema e identificação de características faciais, e podem estar relacionadas a um eficiente mecanismo de compensação.

Hoje reconhece-se que um **ambiente enriquecido** estimula vários processos neuroplásticos, tais como alterações estruturais (arborização dendrítica, sinaptogênese e brotamento axonal), aumenta a atividade cerebral, angiogênese, neurogênese e liberação de fatores de crescimento (fator neurotrófico), proteína associada ao crescimento 43 (GAP43). É importante salientar que a regulação positiva dos processos e fatores de crescimento mencionados anteriormente desempenham um papel significativo na recuperação motora e cognitiva após o AVC isquêmico. O ambiente enriquecido é multifacetado, e incorpora um número de experiências comportamentais. Os mecanismos reguladores em resposta ao ambiente enriquecido, ou em combinação com outros elementos (exercício, treino específico da tarefa), são discutidos em relação ao seu papel na promoção da recuperação após o AVC. Macdonald, Hayward & Rosbergan (2018). Jansen et al., (2012) realizou um estudo piloto não randomizado controlado, o objetivo deste estudo foi determinar se o enriquecimento do ambiente de uma unidade de reabilitação mista, aumenta a atividade dos pacientes, com acidente vascular cerebral. Foram criadas áreas comuns com equipamentos estimulantes e enriquecimento individual através do fornecimento de equipamentos pessoais, como atividades de música e hobbies. Este estudo conclui que o modelo de enriquecimento desenvolvido foi eficaz em aumentar a atividade em pacientes com AVC e reduzindo o tempo de inatividade dos pacientes, estes envolveram-se mais em atividades físicas, cognitivas e sociais.

Nos últimos anos, a tecnologia de **realidade virtual** (RV) tem vindo a ser utilizada em diferentes áreas do conhecimento, em especial, nas ciências da saúde. Cardoso et al., (2004) desenvolveram um protocolo de Reabilitação cognitiva, para a reabilitação das funções executivas, memória, atenção e cálculo, que utiliza a navegação num supermercado e numa casa virtual. Os resultados iniciais do estudo revelam que os pacientes aceitaram a tecnologia, sentiram-se motivados a trabalhar com o computador e cumpriram a maioria das tarefas propostas pelo ambiente. As qualidades multissensoriais e espaciais destes ambientes constituem-se uma mais valia. No caso específico das alterações cognitivas, a RV é um interface próximo da realidade, que diminui a barreira que existe entre o paciente e as tarefas diárias, diminuindo o medo do erro. Verificou-se que os ambientes virtuais são ferramentas valiosas para a reabilitação de funções executivas, não apenas pelos resultados clínicos desta intervenção, mas também pela satisfação dos pacientes na utilização destes recursos. Os mesmos favorecem tarefas específicas para treinar funções cognitivas necessárias para a realização das atividades de vida diária. Possibilita a utilização de cenários e situações da vida real, como fazer compras num supermercado, aumentando o empenho do paciente na atividade. As principais características deste ambiente foram definidas a partir do estudo dos procedimentos neuropsicológicos para tratamento de diferentes tipos de desordens cerebrais. Este ambiente explora algumas tarefas tradicionais sob um foco cognitivo, que explora cada função específica: atenção, memória, planeamento e cálculo, em tarefas que mantem relação com as tarefas realizadas pelos pacientes nas suas atividades de vida diária, no “mundo real”.

## **2.2. REFERENCIAL TEÓRICO – TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM**

Sem, perder de vista a capacidade neuroplástica, e os benefícios de uma reabilitação precoce, o enfoque da ação do EEER não se esgota na reabilitação cognitiva, mas na pessoa com alteração cognitiva, uma vez que o objetivo do enfermeiro é maximizar as suas funcionalidades, através de um plano de intervenção único personalizado e adaptado a realidade da pessoa alvo dos cuidados.

Aliando este conhecimento a necessidade de estruturar a prática de enfermagem de acordo com um referencial teórico, assumi que a TDAC de Dororothea Orem, se constitui uma mais valia na organização do meu pensamento, uma vez que a finalidade do meu trabalho é capacitar a pessoa para a sua autonomia

A TDAE foi desenvolvida por Orem em 2001, esta teoria procede o trabalho da teórica iniciado em 1956 a conceptualização do autocuidado, foi formalmente validade em 1967. A TDAE, agrega três teorias, *A teoria do autocuidado*, *A teoria do deficit do autocuidado* e *A teoria dos sistemas de enfermagem*.

Orem define autocuidado como “*uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar*” (Tomey & Alligood, 2004, p.218).

Orem assume que todas as pessoas são capazes de se autocuidar, por serem detentoras de habilidades e conhecimentos adquiridos ao longo da sua vida, denominados por Orem de *self-care agent*. No entanto nem sempre acontece, numa situação de doença, esta premissa pode não se confirmar, como na situação em que ocorre um AVC e a pessoa manifesta alterações em vários domínios neste caso a pessoa irá necessitar de ajuda de terceiros para realizar as suas necessidades de autocuidado. Os que assumem esta responsabilidade (familiares, amigos, etc.) denominam-se de *dependente care-agent*. Quando as necessidades de autocuidado são suprimidas por enfermeiros estamos perante *therapeutical sel-care agente*. Para realizar a ação de autocuidado a pessoa necessita de habilidades nos domínios: Cognitivo, Físico, Emocional ou Psicossocial e o domínio comportamental. (Petronilho, 2012).

Apos o AVC a pessoa frequentemente apresenta alterações num ou mais domínios, conseqüentemente as suas capacidades para se autocuidar estão diminuídas. Quando as necessidades são superiores a capacidade da pessoa de se autocuidar surge um défice de autocuidado.

A TDA é central na teoria de enfermagem desenvolvida por Orem, fundamenta a ação do enfermeiro e os métodos de ajuda para colmatar o défice de autocuidado, da pessoa. Norteando-me pelos seus pressupostos irei aferir as

necessidades da pessoa que tenho ao meu cuidado, e elaborar planos de cuidados adequados as suas necessidades.

Orem desenvolveu cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pela outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar ajuda física e psicológica; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar.

Segundo Orem, (2001) A Teoria dos Sistemas de Enfermagem “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem” (p.147). Nesta teoria, Orem determina como os doentes, os enfermeiros ou ambos respondem a necessidade de autocuidado.

Os sistemas são classificados em: *Sistema Totalmente Compensatório* a este pertencem todas as situações em que as pessoas são incapazes de se envolver no seu autocuidado e ficam dependentes de outras para sobreviver. Estão incluídas neste subsistema, As pessoas incapazes de se envolver em qualquer forma de ação deliberada (Ex: as pessoas em coma); As pessoas conscientes com capacidade para observar, fazer julgamentos e tomar decisões sobre o autocuidado e outros assuntos no entanto incapazes de realizar atividades que envolvam a manipulação e deambulação.(Ex: pessoas com tetraplegia); e As pessoas que não tem capacidade para tomar decisões sobre o autocuidado mas conseguem deambular ou realizar algumas tarefas de autocuidado com orientação e supervisão (Ex: pessoas com alterações cognitivas). *Sistema Parcialmente Compensatório* é aplicado nas situações em que o enfermeiro, a pessoa ou outros realizam tarefas de autocuidado que envolvem o deambular e as tarefas de manipulação. A função do enfermeiro é de compensação das limitações da pessoa, ou seja, realizar algumas tarefas de autocuidado, quer o enfermeiro ou a pessoa podem assumir o papel principal no desempenho das tarefas de autocuidado. A distribuição da responsabilidade entre o enfermeiro e a pessoa, para realizar as tarefas de autocuidado variam de acordo com, as limitações da pessoa, resultantes da sua condição de saúde ou de prescrição médica; O conhecimento científico, técnico e habilidades exigidas, ou a força e a vontade da pessoa para aprender e desempenhar atividades específicas. O último sistema desta teoria é o *Sistema de Apoio-Educação* este sistema aplica-se a todas as pessoas que possuem capacidades para se autocuidar mas necessitam de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o desenvolvimento de atividades de autocuidado. Acontece sempre que a pessoa, é capaz de executar o autocuidado ou pode e deve aprender as tarefas exigidas

com terapêuticas de autocuidado orientadas, mas não pode fazê-lo sem assistência. As estratégias adotadas incluem apoio, orientação e um ambiente facilitador do desenvolvimento e aprendizagem. (Petronilho, 2012).

Apos o AVC as necessidades de autocuidado variam de acordo com as alterações resultantes da lesão, A avaliação de acordo com a teoria, determinará o sistema de compensação a ser utilizado, bem como as intervenções adequadas.

### **3. LOCAIS DE ESTÁGIOS**

O presente projeto será implementado durante o estágio a realizar no 3º semestre, de 24 de setembro a 23 de novembro de 2019 na UCC de Palmela e de 26 de novembro a 8 de fevereiro de 2020 em hospital ainda a definir, motivo pelo qual a caracterização do mesmo será realizada posteriormente. A elaboração deste projeto requer o conhecimento das instituições onde será implementado, pois permite aferir as condições existentes dos locais e desenvolver um plano de atividades concordante com as mesmas, e reconhecer as limitações que possam surgir.

Para conhecer as instituições a primeira atividade desenvolvida foi a realização de uma visita as instalações da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Palmela e a realização de entrevista a EEER.

#### **3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES**

A UCC Palmela é composta por uma equipa multidisciplinar, o EEER, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e médico. O EEER, articula-se com os enfermeiros de cuidados gerais da USP e USF. O EEER tem 20h semanais de cuidados diretos, habitualmente uma hora para cada utente. O funcionamento é das 9h as 16h de 2ª a 6ª feira, sendo que as visitas domiciliárias realizam-se maioritariamente no período da manhã. A dotação é cinquenta utentes e em média são seguidos por um período de 190 dias. A equipa reúne semanalmente para discussão de casos, e é na reunião que são definidas prioridades estas são em função das horas disponíveis pelo ER. Os utentes são referenciados pela Rede Nacional de Cuidados Continuados, um dos critérios para a referenciação

é a presença de familiar/ cuidador, que de modo geral são bastante presentes o que facilita a preparação da alta a partir do primeiro dia. Os utentes referenciados para realizar reabilitação apresentam diferentes patologias as mais comuns são AVC, DPOC; demências e politraumatismos. A faixa etária dos utentes situa-se a partir dos quarentas anos. Os recursos materiais são escassos, por esse motivo é necessário fazer adaptações, com objetos do dia-a-dia, para realizar as intervenções constantes do plano de reabilitação. Na avaliação dos utentes são aplicadas as escalas de avaliação, disponíveis no programa Sclinic: A escala NIH ; escala de Lower ; escala Glasgow; escala de Braden; Escala de Ashworth.

## **4. OBJETIVOS**

Os Descritores de Dublin são os descritores de Ciclo (ou "descritores de nível") desenvolvidos em 2003 e adotados no “Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior”. De acordo com os mesmos a aquisição de grau de mestre impõe aptidões ao nível do Conhecimento e capacidade de compreensão; Aplicação de conhecimentos e compreensão; Realização de julgamento/tomada de decisões; Comunicação e Competências de autoaprendizagem. Estas expectativas foram consideradas na elaboração do meu plano de atividades para adquirir as competências comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

### **4.1. OBJETIVO GERAL**

- Desenvolver competências específicas na área de enfermagem de reabilitação no cuidado a pessoa com alterações cognitivas.

### **4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Desenvolver intervenções EEEE a pessoa após AVC considerando os princípios éticos, deontológicos e legais
- Diferenciar o papel do EEER nas equipas de enfermagem e interdisciplinar, compreendendo as suas dinâmicas e o funcionamento de acordo com o contexto.
- Desenvolver planos de intervenção que contribuem para reabilitação da pessoa com alterações cognitivas após AVC.
- Promover o autocuidado na pessoa após AVC, com recurso a estimulação cognitiva.
- Desenvolver intervenções que promovam o regresso a casa e á comunidade da pessoa após AVC, e a articulação para a continuidade de cuidados.

O Planeamento das atividades a devolver para a aquisição dos objetivos acima mencionados encontra-se descrito no apêndice no Apêndice II.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este projeto de estágio permitiu-me, debruçar sobre uma problemática da qual tenho interesse, quer a nível pessoal quer a nível profissional uma vez que no meu dia-a-dia, cuido de doentes com sequelas de AVC. Por sentir necessidade de desenvolver competências, que me permitissem prestar cuidados diferenciados, decidi apostar no meu desenvolvimento profissional e pessoal. A implementação deste projeto tem como finalidade a aquisição de competências de EE e de EEER, preconizadas pela OE. E minha intenção posteriormente mobilizar todos os conhecimentos para a minha prática de cuidados, e concretizar os meus objetivos profissionais.

Ao longo do percurso, ficou evidente que esta é uma área do conhecimento complexa e abrangente, e senti dificuldade em definir o rumo do meu trabalho. A fundamentação tórica suportada na pesquisa bibliográfica que realizei, possibilitou desenvolver conhecimentos tóricos sobre as funções cognitivas e as alterações possíveis decorrentes de um AVC permiti-me encontrar resposta a inquietação que motivou a questão inicial. A descoberta da capacidade plástica do cérebro, ou seja, a capacidade que o cérebro tem de substituir circuitos, cerebrais lesionados, por circuitos anexos intactos através de estímulos comportamentais, constituiu-se num desafio para explorar, a estimulação cognitiva, como um processo terapêutico e seus resultados na qualidade de vida dos doentes.

No entanto tenho consciência do longo caminho que tenho a percorrer para desenvolver as competências teóricas e praticas para alcáçar os meus objetivos.



## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batista, A. X., Bazán, P. R., Conforto, A.B., Martin, M.G.M., Simon, S.S., Hampstead, B., Figueiredo, E.G., Miotto, E., (2019). *Effects of Mnemonic Strategy Training on Brain Activity and Cognitive Functioning of Left-Hemisphere Ischemic Stroke Patients*, Vol. (2019), 1-16.

**Doi:** [org/10.1155/2019/4172569](https://doi.org/10.1155/2019/4172569)

Borella, M.P. Sacchelli, T.(2009). Os efeitos da prática de actividades físicas motoras sobre a neuroplasticidade. *Rev.Neurocienc.* 17(2),161-9.

Caldas, A. C. (2000). *a Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw Hill editora.

Cardoso, L.S., Costa, R.M.E.M., Piovesana, A., Costa, M., Penna, L., Crispin, J., Ferreira, H., Lopes, M.L., Brandao, G., Mouta,R. (2004). *Utilização de Ambientes Virtuais na Reabilitação de Pacientes com Lesão Cerebral por AVC e TCE*. Acedido em:05/05/2019 Disponível em:

[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33370610/786.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DUtilizacao de Ambientes Virtuais na Reab.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190715%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4\\_request&X-Amz-Date=20190715T164033Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=71659b54ec6a453d64aad4a9e6f8fdafd74f20e0c6b1cdf6195ae1cb7a224bf4](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33370610/786.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DUtilizacao+de+Ambientes+Virtuais+na+Reab.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190715%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190715T164033Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=71659b54ec6a453d64aad4a9e6f8fdafd74f20e0c6b1cdf6195ae1cb7a224bf4)

Diccini, S. (2017). *ENFERMAGEM EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA*. Rio de janeiro: Atheneu.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos*. Porto: Lidel

- Ekman, L. L. (2004). *NEUROCIÊNCIA: Fundamentos para a Reabilitação*. (2ªed): Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *NEUROLOGIA: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: LIDEL.
- Frederico, A.C., Silva, D.L.A., Rocha, V.M. (2011). Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP*.45(5),1083-8.
- Janssen, H., Luise, A., Bernhardt, J., McElduff, P., Pollack, M., Nilsson, M & Spratt, N.(2014) An enriched environment increases activity in stroke patients undergoing rehabilitation in a mixed rehabilitation unit: a pilot non-randomized controlled trial, *Disability and Rehabilitation*. 36(3), 255-262, **Doi: [10.3109/09638288.2013.788218](https://doi.org/10.3109/09638288.2013.788218)**
- Martins, I (2006). Funções cognitivas. In Ferro, J., & Pimentel, J. *NEUROLOGIA: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*(pp1-2). Lisboa: Lidel.
- McDonald, M., Hayward, K., Rosbergen, I., Jeffers, M., Corbett, D. (2018). Is Environmental Ready for Clinical Application in Human Post-stroke Rehabilitation? *Frontiers in Behavioral Neuroscience* (12)135, 1-16. **Doi: [10.3389/fnbeh.2018.00135](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00135)**
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *REABILITAR A PESSOA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral: Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária á saúde*. Porto Alegre: Artmed

Ostroski-Solis& Gutierrez. (2003) Rehabilitación De La Memoria En Condiciones Normales Y Patologicas. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 21, 39-51.

Petronilho, F. (2012). *AUTOCUIDADO - Conceito central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Rogers, J., Duckworth, J., Middleton, S., Steenbergen, B., Wilson, P. (2019) Elements virtual rehabilitation improves motor, cognitive, and functional outcomes in adult stroke: evidence from a randomized controlled pilot study. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 16(56), 1-13.  
**Doi:** org/10.1186/s12984-019-0531-y

Seeley ,R.R., Stephens, T.D., Tate, P. (2007). *Anatomia & Fisiologia (6ª ed)* Loures: Lusociência

Sohlberg, M.M., & Mateer, C.A. (2015). *REABILITAÇÃO COGNITIVA: Uma Abordagem Neuropsicológica Integrada*. São Paulo. Santos editora

SPAVC (2016) *Tudo o o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral*.  
acedido a 08/04/2019. Disponível em:  
[http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas\\_url.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf)

Tatemichi,T. K., Desmond,D.W., Stern. Y., Paik, M., Sano, M., Bagiella, E. (1994). Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *Journal Of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 57,202-207.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5 ed). Loures: Lusociência.

Torriani, C. et al., (2008) *Efeitos da estimulação motora e sensorial no pé de pacientes hemiparéticos pós Acidente Vascular Encefálico*. Rev Neurocienc. 16/1, 25–29. acedido em: 05-06-2019. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/RN%2016%2001/Pages%20from%20RN%2016%2001-6.pdf>

Zinn S, Dudley TK, Bosworth HB, Hoening HM, Duncan PW, Horner RD. (2004) The effect of poststroke cognitive impairment on rehabilitation process and functional outcomes. *Arch Phys Med Rehabil*. 85,1080-1090.

World Health Organization ( World Report On Disability(2001). Acessível em : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Malta

## **Apêndice I - Guiões de entrevista**

## GUIÃO DE ENTREVISTA

Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação;</li> <li>- Identificação dos objetivos da entrevista/visita.</li> </ul>
Caracterização do serviço e seus recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterização do espaço físico;</li> <li>- Horário de trabalho;</li> <li>- Horário de visitas;</li> <li>- Constituição da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Constituição da equipa de enfermagem e distribuição pelos diferentes turnos;</li> <li>- Número de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) e sua distribuição por turno;</li> <li>- Como é feita a articulação entre o EEER e a restante equipa;</li> <li>- Investimento do EEER na área da comunicação/linguagem. Como?</li> </ul>
Caracterização do doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo médio de internamento;</li> <li>- Patologias mais frequentes;</li> <li>- Características dos doentes (faixa etária, grau de dependência, compromissos ao nível da comunicação).</li> </ul>
Avaliação do doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critérios para a atribuição de determinados doentes ao EEER;</li> <li>- Como são referenciadas as pessoas para os cuidados de EEER? - Como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> <li>- Instrumentos utilizados para avaliação da comunicação/linguagem?</li> </ul>
Cuidados prestados pelo EEER	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patologias mais frequentes na prestação de cuidados pelo EEER;</li> <li>- Materiais/recursos existentes no serviço para a prática específica de enfermagem de reabilitação;</li> <li>- Plano de cuidados: Como é realizado? O doente participa? De que forma?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumentos utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação;</li> <li>- De que modo é assegurada a continuidade de cuidados entre os enfermeiros especialistas?</li> <li>- Limitações ou dificuldades sentidas como enfermeiro de reabilitação na sua prática de cuidados;</li> <li>- Recetividade da pessoa/família aos cuidados do enfermeiro de reabilitação;</li> <li>- A família é incluída nos cuidados? Como?</li> <li>- Existe algum programa ou instrução de trabalho específica sobre avaliação e reeducação da comunicação/linguagem, nomeadamente não-verbal?</li> <li>- Que estratégias comunicacionais são utilizadas quando existe comprometimento da comunicação?</li> </ul>
Continuidade de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação nos cuidados com os restantes profissionais na equipa: Existe? Como é feita?</li> <li>- Como é preparada a alta da pessoa para o regresso ao domicílio em equipa?</li> </ul>
Implementação de projetos/formação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem projetos de EER implementados no serviço?</li> <li>- Existem projetos relacionados com a comunicação implementados no serviço?</li> <li>- Existem dificuldade em implementar projetos?</li> <li>- Contribuição do EEER na formação dos pares?</li> </ul>
Fim	Agradecimento pela entrevista

## **Apêndice II - Planejamento das atividades**



OBLECTIVOS ESPECÍFICO: Diferenciar o papel do EEER nas equipas de enfermagem e interdisciplinar, compreendendo as suas dinâmicas e o funcionamento de acordo com o contexto.			
COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES
<p>A.1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p> <p>A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade</p> <p>C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de visita prévia aos locais de estágio.</li> <li>• Realização de entrevistas aos EEER, orientadores de estágio.</li> <li>• Caracterização dos locais de estágio.</li> <li>• Observação da organização e articulação das equipas de enfermagem e interdisciplinar;</li> <li>• Consulta de manuais de procedimentos e outros documentos relevantes dos serviços e projetos enfermagem de reabilitação.</li> <li>• Identificação dos instrumentos de colheita de dados (escalas de avaliação utilizadas nos serviços);</li> <li>• Identificação dos instrumentos de registos utilizados nos serviços;</li> <li>• Identificação dos recursos materiais, A utilizar na prestação de cuidados.</li> <li>• Participação nas reuniões de enfermagem e interdisciplinares</li> </ul>	<p>materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guião de entrevista</li> <li>• Manuais de procedimentos, e documentos relevantes;</li> <li>• Bases de dados locais de ensino clínico;</li> </ul> <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipas de enfermagem e interdisciplinar dos locais de ensino clínico;</li> <li>• Professora orientadora</li> <li>• Enfermeiro Orientador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracteriza os locais de estágio</li> <li>• Realiza jornais de aprendizagem</li> <li>• Demonstra conhecimento dos procedimentos adotados no serviço.</li> <li>• Apresenta Domínio dos instrumentos de registo.</li> <li>• Conhece os projetos de reabilitação do serviço.</li> <li>• Realiza registos de enfermagem;</li> <li>• Utiliza escalas de avaliação.</li> <li>• Mobiliza os recursos materiais.</li> </ul>

<p>D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realização de jornais de aprendizagem.</li></ul>		
---	--	--	--

OBLECTIVOS ESPECÍFICOS: Desenvolver intervenções EEEE a pessoa após AVC considerando os princípios éticos, deontológicos e legais			
COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES
<p>A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação dos princípios éticos e deontológicos da profissão e respeito pelas preferências do doente e família na tomada de decisão de ER.</li> <li>• Respeito pelos direitos humanos, escolha e autodeterminação do doente e família.</li> <li>• Elaboração de planos de reabilitação atendendo a singularidade da pessoa e família.</li> <li>• Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente e família.</li> <li>• Promoção do respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais da pessoa e família.</li> <li>• Manutenção da confidencialidade.</li> </ul>	<p>materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica</li> <li>• Instrumentos de colheita de dados</li> </ul> <p>Processos clínicos e exames de diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código deontológico</li> </ul> <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa enfermagem e interdisciplinar dos locais de ensino clínico;</li> <li>• Professora orientadora</li> <li>• Enfermeiro Orientador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora planos de reabilitação personalizados tendo em conta as preferências do doente e família.</li> <li>• Mantem a confidencialidad e.</li> <li>• Respeita os valores, costumes e crenças espirituais da pessoa e família.</li> </ul>

<b>OBLECTIVOS ESPECÍFICOS:</b> Desenvolver planos de intervenção que contribuem para reabilitação da pessoa com alterações cognitivas apos AVC.			
COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES
<p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica</li> <li>• Realização da avaliação neurológica</li> <li>• Aplicação de escalas de avaliação</li> <li>• Identificação das alterações cognitivas na pessoa apos o AVC.</li> <li>• Identificação das necessidades de autocuidado decorrentes das alterações cognitivas.</li> <li>• Elaboração, aplicação e avaliação de planos de intervenção</li> <li>• Elaboração de estudos de casos</li> <li>• Identificação das alterações cognitivas na pessoa apos o AVC.</li> <li>• Avaliação continua das necessidades de autocuidados</li> </ul>	<p>materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica</li> <li>• Computador; Livros e artigos</li> <li>• Instrumentos de colheita de dados</li> <li>• Escalas de avaliação</li> <li>• Escalas NIH de AVC;</li> <li>• Escala Mini Mental StateExamination;</li> <li>• Testes gráficos como a prova de “barragem;</li> <li>• Escala de Lower;</li> <li>• Escala de Ashworth.;</li> <li>• Escala Glasgow.</li> <li>• Processos clínicos e exames de diagnóstico.</li> <li>• Matérias de apoio</li> </ul> <p>Humanos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos, teóricos e práticos.</li> <li>• Elabora planos de reabilitação.</li> <li>• Avalia pessoa apos AVC.</li> <li>• Elabora estudo de caso.</li> <li>• Mobiliza e Utiliza escalas de avaliação.</li> <li>• Realiza avaliação dos resultados obtidos</li> <li>• Satisfação do utente e família.</li> </ul>

<p>limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipa enfermagem e interdisciplinar dos locais de ensino clínico;</li><li>• Enfermeiro orientador</li><li>• Professora orientadora</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realiza registos de enfermagem.</li></ul>
--	--	---	---

<b>OBLECTIVOS ESPECÍFICOS:</b> Promover o autocuidado na pessoa apos AVC, com recurso a estimulação cognitiva.			
COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES
<p>A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de avaliação neurológica</li> <li>• Identificar necessidades de autocuidado decorrentes das alterações cognitivas.</li> <li>• Envolver a pessoa/família na regulação sensorial; <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promoção de um ambiente enriquecido;</li> <li>-Exploração de formas de regulação sensorial.</li> </ul> </li> <li>• Elaboração de planos de intervenção que incluam pratica de tarefas especificas adequados á pessoa e seu contexto: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Treino de marcha; transferências; cuidados de higiene; Alimentação; Treino de equilíbrio; Atividades terapêuticas; Comunicação (afasia /disartria)</li> </ul> </li> </ul>	<p>materiais:</p> <p>Pesquisa bibliográfica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de colheita de dados</li> <li>• Escalas de avaliação</li> <li>• Escalas NIH de AVC;</li> <li>• Escala Mini Mental StateExamination;</li> <li>• Testes gráficos como a prova de “barragem;</li> <li>• Escala de Lower;</li> <li>• Escala de Ashworth.;</li> <li>• Escala Glasgow.</li> <li>• Processos clínicos e exames de diagnóstico.</li> <li>• Matérias de apoio produtos de higiene pessoal; alimentos selecionados de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalia os resultados obtidos e evolução do utente.</li> <li>• Avalia a Satisfação do utente e família na participação do plano de reabilitação</li> <li>• Mobiliza conhecimentos, teóricos e práticos.</li> <li>• Executa atividades de regulação sensorial.</li> </ul>

<p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório. J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p>	<p>-Regulação sensorial, (Treino de memória,; Realidade virtual; Estimulação motora sensitiva; Musicoterapia)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvimento da pessoa e família no plano de reabilitação</li> <li>• Avaliação da evolução da pessoa com alterações cognitivas, na realização do autocuidado.</li> </ul>	<p>acordo com preferência do utente; Etc.</p> <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador</li> <li>• Equipa enfermagem e interdisciplinar dos locais de ensino clínico;</li> <li>• Professora orientadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza registos de enfermagem;</li> </ul>
--	---	---	---

<b>OBTIVOS ESPECÍFICOS:</b> Desenvolver intervenções que promovam o regresso a casa e á comunidade da pessoa apos AVC, em articulação com família e comunidade para a continuidade de cuidados			
COMPETENCIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES
<p>A.2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.</p> <p>B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de colheita de dados junto da pessoa e família( sobre o contexto e pessoa)</li> <li>• Avaliação da capacidade da pessoa e família satisfazerem os requisitos de autocuidado no domicílio</li> <li>• Elaboração de estratégias para o envolvimento da família na prestação de cuidados e no plano de reabilitação</li> <li>• Elaboração de carta de alta; transferências.</li> <li>• Articulação da continuidade de cuidados com equipa da UCCI</li> <li>• Esclarecimento da pessoa e família sobre dispositivos de apoio necessários e adequados, e de instituições que promovem alugueres ou empréstimos dos mesmos na sua comunidade.</li> </ul>	<p>materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica</li> <li>• Instrumentos de colheita de dados (Processos clínicos e exames de diagnóstico)</li> <li>• Escalas de avaliação: Escala Mini Mental StateExamination; Testes gráficos como a prova de “barragem; Escala de Lower; Escala de Ashworth.; Escala Glasgow</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza colheita de dados para caracterização do domicílio e identificação das necessidades do mesmo.</li> <li>• Identifica as capacidades da família para o autocuidado.</li> <li>• Aplica as escala de forma adequada a situação do cliente.</li> </ul>



relatório de estagio

		<p>Processos clínicos e exames de diagnóstico.</p> <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Equipa enfermagem e interdisciplinar dos locais de ensino clinico;</li><li>• Enfermeiro orientador</li><li>• Professora orientadora</li><li>• Utente e familia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realiza registos de enfermagem;</li><li>• Efetua Diligencias, necessárias para a articulação com a comunidade/família.</li><li>• Executa cartas de alta/tranferencias.</li></ul>
--	--	---	--

## **Apêndice III -Cronograma**

## Cronograma de implementação de objetivos

Local		UCC PALMELA			HOSPITAL			
Data		Set 24-30	out 1-31	Nov 1-23	Nov 26-30	Dez 1-13	Jan 6-31	Fev 1-8
Objetivos	1							
	2							
	3							
	4							
	5							