

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

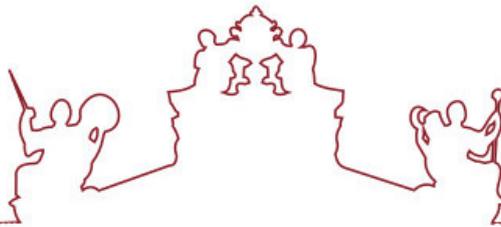
Relatório de Estágio

**Eficácia de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no
doente agudo de acidente vascular cerebral com parésia
facial central**

Mariana Neves Anileiro da Maia Ribeiro

Orientador(es) | Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

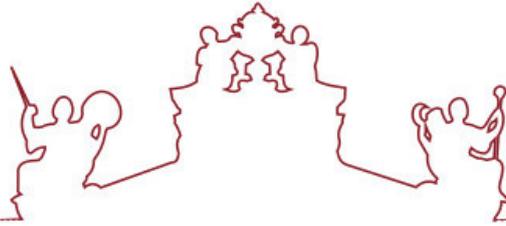
Relatório de Estágio

Eficácia de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no doente agudo de acidente vascular cerebral com parésia facial central

Mariana Neves Anileiro da Maia Ribeiro

Orientador(es) | Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Évora 2023



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | João Vítor da Silva Vieira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria José Bule (Universidade de Évora)
Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

RESUMO

Enquadramento: o acidente vascular cerebral, e suas sequelas, afetam a qualidade de vida da pessoa e sua capacidade funcional. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação destaca-se pela capacidade de potenciar funcionalidade e maximizar ganhos. Permite empoderamento e capacitação da pessoa e família, através do aumento da capacidade funcional e diminuição da dependência no autocuidado, contribuindo, para uma maior qualidade de vida e uma transição segura para domicílio.

Objetivo: descrever as atividades desenvolvidas durante o Estágio Final, o processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, e evidenciar os ganhos em saúde após a implementação de um programa a uma pessoa com paresia facial central, pós acidente vascular cerebral.

Metodologia: programa de intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com paresia facial central, pós acidente vascular cerebral. Recorrendo a um estudo de caso, com base na Teoria de Enfermagem de Orem, com foco na mímica facial. Caso selecionado baseado no diagnóstico de paresia e na aceitação da participação no programa de reabilitação.

Resultados: Aumento da amplitude do movimento facial, melhoria na deglutição, controlo da expressão facial e comunicação.

Conclusão: As competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre foram adquiridas, ao possibilitar uma melhoria da funcionalidade, um aumento da capacitação e empoderamento da pessoa.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação; PFC; Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Title: Effectiveness of a Rehabilitation Nursing Program in acute stroke patients with central facial paresis.

Framework: stroke and its sequelae affect a person's quality of life and functional capacity. The intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation stands out for its ability to enhance functionality and maximize gains. Allows empowerment and training of the person and family, through increased functional capacity and reduced dependence on self-care, contributing to a better quality of life and a safe transition to home.

Objective: to describe the activities carried out during the Final Internship, the process of developing the skills of a Specialist Nurse, Specialist in Rehabilitation Nursing and Master, and to highlight the health gains after implementing a program for a person with central facial paresis, post stroke.

Methodology: rehabilitation nursing intervention program for people with central facial paresis after stroke. Using a case study, based on Orem's Theory of Nursing, focusing on facial mimicry. Case selected based on the diagnosis of paresis and acceptance of participation in the rehabilitation program.

Results: Increased range of facial movement, improvement in swallowing, control of facial expression and communication.

Conclusion: The competences of Nurse specialist in Rehabilitation Nursing and of Master were acquired, by enabling an improvement in functionality, an increase in training and empowerment of the person.

KeyWords: Rehabilitation Nursing; Central Facial Paresis; Stroke

AGRADECIMENTOS

Sem os outros nada fazemos. Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Rogério por me ter acompanhado neste percurso da minha formação. A todos os restantes docentes, que foram incansáveis na sua partilha de conhecimento e me incentivaram a ir mais longe.

Aos meus colegas, não só de curso, mas também de trabalho que me foram incentivando ao longo destes meses. E por fim, e não menos importantes, família e amigos que me apoiaram e incentivaram a ser melhor e a apostar na minha formação.

Ao meu chefe, que apesar de ter de gerir um serviço com um rácio parco de enfermeiros, tornou possível conciliar o meu horário de trabalho com o plano de estágio e estudos. Aos restantes chefes de serviço que se mostraram sempre disponíveis em receber-me para estagiar em tempo de pandemia COVID19.

ÍNDICE DE ANEXOS	8
ÍNDICE DE QUADROS	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
INTRODUÇÃO	11
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1 Fisiopatologia Do Acidente Vascular Cerebral	20
2.2 Paresia Facial Central	23
2.3 Músculos Da Expressão Facial	26
2.4 Capacitação Da Pessoa	28
2.4.1 Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem	31
2.4.2 Reabilitação da pessoa com paresia facial central	36
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	39
3.1. Metodologia	39
3.2. Seleção Do Participante	42
3.3. Colheita De Dados	42
3.4. Considerações Éticas	45
3.5. Resultados	45
3.5.1 Caraterização do estudo de caso	45
3.5.2 Discussão dos resultados	52
4. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	58
4.1. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista	59
4.2. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação	64
4.3. Competências De Mestre Em Enfermagem	67
CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Quadro resumo dos músculos faciais e suas funções

Anexo 2 – Escala House-Brackmann Grading System

Anexo 3 – Escala Numérica de Avaliação de Dor

Anexo 4 – Escala Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade

Anexo 5 – Escala National Institutes of Health Stroke Scale

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1:

Resumo das Manifestações físicas consoante o Território afetado pág.17

Quadro 2:

Componentes da Etapa 1 Definição e elaboração do projetopág.28

Quadro 3:

Síntese da monitorização do Sujeito A pág. pág.34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AANN - American Association of Neuroscience Nurses

AHA – American Heart Association

APA - American Psychological Association

AVD - Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BUA - Bibliotecas da Universidade de Aveiro

DGS – Direção Geral de Saúde

DR - Diário da República

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESO - European Stroke Organisation

INE - Instituto Nacional de Estatística

NIHSS - National Institute of Health Stroke Score

NINDS - National Institute of Neurological Disorders & Stroke

OE – Ordem dos Enfermeiros

PFC- Paresia Facial Central

SAE - Stroke Alliance for Europe

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

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

O período de estágio final, referido neste relatório, explorado no estudo de caso, decorreu entre os 20/09/2021 a 14/01/2022.

Tendo em conta o planeamento de atividades desta unidade curricular, o estudante tem de ser capaz de planear cuidados de enfermagem de reabilitação adequados à individualidade de cada pessoa e da sua situação de saúde/doença, executar as intervenções planeadas e avaliar a efetividade das intervenções realizadas, de forma a poder comprovar os benefícios em saúde para a pessoa. Deve também estar integrado numa equipa multidisciplinar e sob orientação e supervisão de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Ferreira et al., 2021).

Para ir ao encontro deste objetivo, foi implementado um projeto de estágio intitulado “eficácia de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no doente agudo de acidente vascular cerebral com paresia facial central” numa unidade de agudos num hospital do sul do país. O presente relatório constitui a etapa final deste percurso, onde está evidenciado o processo de capacitação da pessoa com parésia facial pós acidente vascular cerebral (AVC), procurando mostrar os benefícios da intervenção do EEER neste contexto.

A escolha do tema do projeto foi fruto da dicotomia entre o interesse pessoal e constrangimentos surgidos pelas políticas de segurança em plena pandemia, tornado desafiante a possibilidade de realização de um estágio profissional, numa altura em que a mobilidade de profissionais entre serviços era restrita ao mínimo e essencial.

O envelhecimento é um importante fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC), que é uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2019). À medida que as pessoas envelhecem, seus vasos sanguíneos tornam-se menos flexíveis e mais propensos a bloqueios e rupturas, aumentando o risco de AVC (American Heart Association [AHA], 2014). Além disso, os idosos são mais propensos a ter condições de saúde subjacentes que aumentam o risco de AVC, como pressão alta (Feigin et al., 2014), diabetes (AHA, 2014) e doenças cardíacas (WHO, 2019).

Há também evidências de que o cérebro sofre mudanças à medida que envelhecemos, o que pode torná-lo mais vulnerável aos efeitos do AVC. Por exemplo, as pessoas mais velhas podem ter menos capacidade de reserva no cérebro, o que significa que podem ter maior probabilidade de sofrer deficiências significativas após um AVC (AHA, 2014). Além disso, os idosos podem ter maior probabilidade de apresentar complicações após um AVC, como pneumonia ou úlceras de pressão (AHA, 2014), o que pode aumentar ainda mais o risco de morte ou incapacidade.

Apesar desses riscos, o AVC é amplamente evitável (WHO, 2019) e há muitas medidas que as pessoas podem tomar para reduzir o risco à medida que envelhecem. Essas etapas incluem manter uma pressão arterial saudável (Feigin et al., 2014), exercitar-se regularmente (AHA, 2014), comer uma dieta saudável (WHO, 2019) e não fumar (World Health Organization, 2019). Além disso, as pessoas que já tiveram um AVC podem através de medicação e alterações no estilo de vida, reduzir o risco de sofrer outro AVC (WHO, 2019).

No geral, o envelhecimento é um importante fator de risco para AVC, mas há muitas medidas que as pessoas podem tomar para reduzir o risco e manter uma boa saúde à medida que envelhecem.

O enfermeiro de reabilitação desempenha um papel vital na reabilitação de um doente com paresia facial central (PFC), que é um tipo de distúrbio do nervo facial que pode causar paresia ou fraqueza nos músculos da face (National Institute of Neurological Disorders & Stroke [NINDS], 2019). O enfermeiro de

reabilitação trabalha em estreita colaboração com o doente e a equipa interdisciplinar para desenvolver e implementar um plano de reabilitação adaptado às necessidades e objetivos do doente (American Association of Neuroscience Nurses [AANN]).

Uma das competências do enfermeiro de reabilitação é fomentar literacia em saúde ao doente e à família sobre a condição e o processo de reabilitação (AANN). Isso pode incluir informações sobre as causas e tratamento da PFC (NINDS, 2019), bem como estratégias para gerenciar os sintomas e maximizar os resultados funcionais (AANN).

O enfermeiro de reabilitação também pode auxiliar na administração de medicamentos, bem como na gestão de quaisquer complicações médicas que possam surgir durante o processo de reabilitação. Além disso, o enfermeiro de reabilitação pode fornecer apoio e orientação à pessoa e à família em áreas como controle da dor, tratamento de feridas e cuidados com a pele (AANN).

Outro papel fundamental do enfermeiro de reabilitação é coordenar e comunicar com outros membros da equipa multidisciplinar, incluindo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala. Isso ajuda a garantir que o doente receba uma resposta abrangente e coordenada para a sua reabilitação (AANN).

No geral, o enfermeiro de reabilitação desempenha um papel crucial na reabilitação de um doente com PFC, trabalhando em estreita colaboração com o utente e a equipa multidisciplinar para promover resultados funcionais ideais e melhorar a qualidade de vida (AANN).

Na grande parte dos países desenvolvidos, a reabilitação assume um plano central nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, sendo amplamente reconhecida a sua importância, em particular na mobilização precoce, uma prática segura e benéfica que deve constituir uma prioridade neste contexto (Stiller, 2013).

Segundo Laffey et al. (2016) o enfermeiro de reabilitação é responsável pela mobilização dos doentes para fora do leito, respeitando as orientações que preconizam a precocidade na mobilização deste tipo de doentes.

Nas unidades de cuidados intensivos portuguesas há por norma a chamada do fisioterapeuta por parte médico intensivista e/ou fisiatra, contudo este processo de reabilitação começa muitas vezes nos enfermeiros com formação especializada em reabilitação (Mendes et al., 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), “o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...). A sua intervenção (...) visa 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 atividades de vida (...)”. O especialista em enfermagem de reabilitação intervém sobretudo “ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e ortopédica” indo desta forma, ao encontro das necessidades dos cuidados de reabilitação no doente crítico.

Na revisão sistemática da literatura levada a cabo por Fabricius et al. (2021) existe uma lacuna em volta quer das escalas utilizadas quer dos estudos relativos aos doentes com PFC. O que existe na literatura são em grande parte estudos e escalas criadas para doentes com paresia facial periférica.

Notando esta lacuna, achámos que seria pertinente utilizar este momento formativo e transformá-lo numa modesta contribuição para esta área.

Propomos explorar a forma como a intervenção do enfermeiro especialista, capaz de desenvolver planos de cuidados individuais de reabilitação, se poderá traduzir em melhoria da condição da PFC, no doente agudo pós AVC.

Este documento pretende evidenciar a capacidade de reflexão crítica sobre todo o percurso de aprendizagem e sobre as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e ainda sobre as competências desenvolvidas que contribuem para o grau académico de mestre, em consonância com o previsto no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (Diário da República [DR], 2016).

Por forma a verificar os pressupostos supramencionados, foram enunciados objetivos com vista a orientar a intervenção, investigação bem como este relatório, sendo eles:

Adquirir e desenvolver competências comuns ao enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre em Enfermagem;

Elaborar um projeto de intervenção na área da Enfermagem de Reabilitação direcionado para a pessoa com PFC, tendo como referencial basilar o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação;

Identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com PFC.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. Após esta introdução ao relatório e ao tema, é explanado a apreciação do contexto onde surgiu a ideia e posterior necessidade de criação deste projeto com a respetiva caracterização do serviço, equipa e condições em que este foi realizado.

No segundo capítulo é apresentado um enquadramento teórico no qual se especifica a fisiopatologia do AVC, a PFC e os músculos da expressão facial. É abordado também o tema da capacitação da pessoa e a relevância da Teoria Geral de Orem, assim como as intervenções de reabilitação realizadas no período agudo pós-AVC, com o objetivo de uma recuperação eficaz para a alta.

No terceiro capítulo é abordada a implementação do Projeto de Intervenção e as etapas que o constituíram, metodologia usada, descrição dos

instrumentos de colheita de dados utilizados e as considerações éticas a que foi submetido, bem como os resultados obtidos, assim como a posterior discussão.

No quarto e último capítulo é realizada uma reflexão crítica das competências adquiridas como EEER e de Mestre. O relatório termina com uma breve conclusão e apresentação de todas as referências bibliográficas utilizadas. Encontram-se anexados todos os documentos referidos ao longo do relatório.

A elaboração do presente documento está de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e respeita as regras definidas no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, assim como as normas da American Psychological Association (APA), sétima edição, na realização das referências bibliográficas (Bibliotecas da Universidade de Aveiro [BUA], 2020).

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Por força das circunstâncias da Pandemia Covid19, e com todas as restrições, limitações e mobilidade de profissionais impostas para melhor atender a população afetada, diminuindo assim as opções para locais de estágio, este teve lugar numa unidade de agudos de um hospital do sul do país.

A tipologia de doentes que trata, são doentes com diagnóstico de AVC, incidindo assim sobre o doente do foro Neurológico.

O serviço caracteriza-se por tratar de doentes com disfunção neurológica, motora e respiratória devido à morte celular cerebral, o que irá permitir desenvolver um vasto conhecimento, tanto de conteúdos teóricos como práticos, relativos à Enfermagem de Reabilitação, tendo em conta a multiplicidade de casos clínicos do foro Neurológico que aqui se apresentam.

É um serviço dotado de uma equipa multidisciplinar composta por 1 enfermeiro gestor, 6 enfermeiros, sendo que 2 são EEER, 1 equipa médica de Neurologia, 1 Fisiatra, 1 Fisioterapeuta, 1 Terapeuta da Fala, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Dietista, 1 Psicóloga e 1 Assistente Social. Tem uma lotação máxima de 5 camas, divididas numa enfermaria tipo open space que permite ao enfermeiro uma visualização e monitorização 24/7 de todos os doentes.

Esta unidade está equipada com monitorização cardíaca, em cada unidade.

No que respeita à organização dos cuidados de enfermagem propriamente dita, verifica-se que a distribuição dos enfermeiros neste contexto da prática de cuidados é feita priorizando a continuidade dos cuidados, considerando um rácio de 1 enfermeiro para cada 5 pessoas em situação crítica, num método de horário de trabalho de roulement, que contempla turnos de oito horas e trinta minutos, oito horas e nove horas, para os turnos da manhã, da tarde e da noite, respetivamente.

No que respeita aos cuidados de enfermagem especializados, nomeadamente de enfermagem de reabilitação, o serviço é ainda composto por diversas ajudas técnicas, dispositivos médicos e material importante e imprescindível na aplicação e desenvolvimento de um Programa de Reabilitação com sucesso.

O Enfermeiro Especialista de Reabilitação assume um papel fundamental, na medida em que possui competências para a promoção da adaptação da pessoa à sua nova realidade, direciona a sua intervenção de forma a maximizar a independência da pessoa na satisfação das suas atividades de vida diária (AVD) e necessidades básicas. Identifica a necessidade de intervir para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório e da sexualidade (OE, 2011), através de um processo de readaptação aos défices identificados.

Apesar do facto da equipa de EEER's não desempenhar funções exclusivamente de Enfermagem de Reabilitação, foi possível que eu, como aluna, o fizesse. Isto permite diagnosticar as necessidades dos doentes internados,

formular programas de reabilitação, implementá-los, avaliar os resultados obtidos e a sua reformulação, se necessário, permitindo à pessoa alcançar níveis de maior autonomia, bem como uma melhor gestão do seu estado de saúde (Santos, 2017).

O local de estágio é dotado de uma equipa de Enfermagem e de Enfermagem de Reabilitação de excelência, sendo conhecido pelos seus vários sucessos de Enfermagem de Reabilitação bem como prémios de mérito, atribuídos pela Stroke Angels, assim, considero que será o local indicado e que reúne as condições necessárias para o desenvolvimento com sucesso dos objetivos propostos neste Projeto de Estágio.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade na Europa, e as previsões não melhoram, pelo contrário, mostram que se continuar a ser menosprezado, o peso do AVC não irá diminuir nem na próxima década nem depois. A incidência do AVC aumenta com a idade, chegando mesmo a duplicar a sua incidência em pessoas com mais de 55 anos de idade. Entre 1990 e 2016 houve um aumento de números de casos de AVC em pessoas entre os 20-54 anos de idade de 12.9% para 18.6%, na escala mundial (GBD 2016 Stroke Collaborators, 2019).

Na Europa temos a agravante da previsão do número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, irá aumentar até 2030 em 23% e de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), a população idosa de Portugal irá sofrer um aumento de 2,1 para 2,8 milhões até 2080. Desta forma, é importante que os cuidados de enfermagem evoluam no sentido de dar resposta a este mesmo envelhecimento, bem como às necessidades que este acarretará.

No ano de 2017, a Stroke Alliance for Europe (SAE) e a European Stroke Organisation (ESO), publicaram uma análise exaustiva sobre o AVC e os cuidados

no AVC na Europa sob forma de Relatório Sobre o Peso do AVC na Europa, que revelou disparidades alarmantes entre e dentro de países europeus ao longo de toda a cadeia de cuidados no AVC, bem como uma negligência do apoio pós-AVC por todos os países. Mostrou ainda que, entre 2015 e 2035, está previsto um aumento de 34% do número de AVC devido ao envelhecimento da população e que, o número de pessoas a viver com AVC deverá aumentar um milhão, atingindo 4 631 050 sobreviventes. Traduzindo-se para um custo total dos cuidados de saúde e outros cuidados relacionados com o AVC em cerca de 45 bilhões de euros em 2015, também está previsto aumentar (SAE, 2018).

Para compreendermos a abordagem que temos hoje, na Europa, ao AVC, temos de referir as importantes medidas surgidas nos anos 90, que moldaram e contribuíram para os cuidados de excelência que temos agora.

Em 1995, com a crescente preocupação face aos casos de AVC e respetivas comorbidades, surgiu a declaração de Helsingborg, criada por um grupo de peritos, que abordou a gestão do AVC. Nesta declaração foram estabelecidas inicialmente um conjunto de metas até ao ano 2005, através de um plano de cuidados organizados a prestar ao doente com AVC, e onde todos teriam acesso a medidas de prevenção secundária apropriadas, bem como a uma unidade ou equipa especializada responsável pela sua reabilitação. Desde então que os planos de atuação a nível europeu seguem e baseiam-se nesta declaração, atualizada depois em 2006.

Atualmente temos um Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030 que nasceu da colaboração de setenta especialistas, a trabalhar em grupos para a avaliação de todos os aspetos da cadeia de cuidados no AVC. A tarefa destes especialistas foi estudar as evidências para a melhor prática clínica e, apoiando-se no atual estado da prestação de cuidados no AVC, delinear os objetivos principais que todos os países e sistemas de saúde devem procurar cumprir até 2030, sendo eles a prevenção primária, organização de cuidados no AVC, os cuidados agudos no AVC, a prevenção secundária, a reabilitação, a avaliação de resultados e vida pós-AVC (SAE, 2018).

O diagnóstico precoce e respetivo tratamento é fulcral, assim como a reabilitação tem um papel preponderante: a nível da recuperação funcional, cognitiva e psicossocial; na reintegração social; na melhoria da qualidade de vida; na manutenção da atividade profissional e no grau de dependência.

As consequências do AVC podem ser diversas: dificuldade na mobilização de um membro, alteração de linguagem com dificuldade de expressão ou de compreensão, alteração da visão, alteração da deglutição, alteração do equilíbrio, alteração da sensibilidade, entre outras.

Cerca de um terço dos sobreviventes de AVC podem ficar com défice cognitivo e muitos com dor crónica. O Enfermeiro especialista em reabilitação, assume assim um papel central, e de grande importância na recuperação destes doentes.

2.1 Fisiopatologia Do Acidente Vascular Cerebral

A sociedade moderna e as alterações dos hábitos de vida têm criado condições para o aparecimento de um maior número de acidentes vasculares cerebrais, em idades cada vez mais jovens.

As incapacidades e desvantagens que a doença provoca, conduzem a modificações significativas na vida das pessoas, da sua família e na sociedade. Esta transição exige a intervenção de profissionais de saúde qualificados para conduzir processo de adaptação à nova realidade, diferente, mais complexa e com dimensões e processos nem sempre fáceis de enquadrar nos ritmos da vida moderna.

De forma simplista e resumida, o AVC é caracterizado pela cessação abrupta de sangue pelos vasos sanguíneos do cérebro.

É importante compreender a anatomia neuro vascular para poder compreender as manifestações clínicas do AVC. A circulação sanguínea do cérebro é gerida por um anel anastomótico de artérias localizado na base do cérebro. Este círculo anastomótico arterial conecta os dois principais sistemas arteriais ao cérebro, as artérias carótidas internas e os sistemas vertebro basilares (artérias vertebrais e basilares). É formado por quatro vasos pares e um único vaso ímpar com numerosas ramificações que vascularizam o cérebro, o Círculo de Willis. Um AVC isquémico ocorre quando há deficiência de sangue e respetiva oxigenação. Um AVC hemorrágico ocorre quando há hemorragia destes vasos (Zhang & Chopp, 2015).

O AVC isquémico, sendo o mais prevalente, é gerado por trombo ou embolia cerebral. A aterosclerose contribui para o estreitamento dos vasos, a formação de ateromas (placas) e posteriormente a formação de trombo, afetando a normal circulação sanguínea do cérebro, levando à isquemia. Num AVC isquémico de origem embólica, há uma diminuição da circulação sanguínea do cérebro, causando stress e posteriormente morte celular (necrose). A necrose celular é seguida pela destruição da membrana plasmática e organelas, com perda de conteúdo celular para o espaço extracelular, resultando na perda de função neurológica (Zhang & Chopp, 2015).

O AVC hemorrágico apesar de ser menos prevalente, é o que tem maior taxa de mortalidade. Neste tipo de AVC é o stress do tecido cerebral e lesões internas que causam rotura nos vasos. Produz efeito tóxico no sistema vascular resultando em hemorragia cerebral. Esta pode ser classificada como intracerebral ou subaracnoide, dependendo da localização da hemorragia (Zhang & Chopp, 2015)

O AVC, terá conforme a zona de lesão, repercussões mais ou menos extensas e quase sempre obrigam à intervenção de profissionais qualificados, que facilitem o processo de reeducação da pessoa face às suas sequelas e nova realidade.

Quadro 1 resumo das Manifestações físicas consoante o Território afetado

Território Carotídeo	Território Vértebro-basilar
<p><i>Artéria central da Retina</i> Cegueira ipsilateral Amaurose fugaz ipsilateral</p>	<p><i>Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos</i></p>
<p><i>Artéria cerebral anterior</i> Síndrome Frontal Paresia do membro Inferior contra Lateral Afasia Transcortical (Hemisfério Esquerdo)</p>	<p>Os quadros são múltiplos, dependendo das combinações das zonas afetadas. Sintomas e sinais frequentes: Desequilíbrio e ataxia; Nistágmo; Diplopia, paresia dos movimentos oculares conjugados; Disartria; Disfagia, soluços; Coma; Síndromes alterados (paresia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparesia e/ ou hemihipostesia contralateral); Paresias e ou alterações de sensibilidade.</p>
<p><i>Artéria coroídeia anterior</i> Hemiparesia contralateral Hemihipostesia contralateral Hemianopsia contralateral</p>	
<p><i>Artéria cerebral média</i> <i>Todo o Território:</i> hemiparesia contralateral de predomínio braquiocefal, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglet (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia.</p> <p><i>Ramos ântero-superiores:</i> hemiparesia contralateral de predomínio braquiocefal, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglet (hemisfério direito).</p> <p><i>Ramos póstero-inferiores:</i> Afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglet (hemisfério direito) e quadrantópsia contralateral.</p> <p><i>Ramos profundos:</i> hemiparesia contralateral e Hemihipostesia contralateral</p>	<p><i>Artéria cerebral posterior</i></p> <p>Hemianopsia contralateral Hemihipostesia contralateral Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo) Agnosia para cores (hemisfério esquerdo) Agnosia visual (hemisfério esquerdo) Prosopagnosia (hemisfério direito)</p>

Fonte: Ferro and Pimentel (2013)

A PFC ocorre após AVC. Apresenta um defeito funcional e estético que se manifesta pela assimetria facial, com incapacidade muscular para a mímica na metade inferior do rosto, perda de saliva pelo canto da boca, sorriso assimétrico, alteração da fala por atonia dos lábios, língua e garganta (Konecny et al., 2014). Neste trabalho vamos abordar uma das sequelas mais comuns pós AVC, a PFC. Tema que será abordado no capítulo que se segue.

2.2 Paresia Facial Central

A PFC, também conhecida como paresia do nervo facial, é uma condição que ocorre quando o nervo facial é danificado ou prejudicado, levando à paresia dos músculos faciais. O AVC é uma das causas mais comuns de PFC, representando aproximadamente 20% dos casos (Niraj et al., 2016).

O nervo facial é responsável por controlar os músculos da face, incluindo aqueles que permitem aos indivíduos sorrir, franzir a testa e fazer outras expressões faciais. Quando o nervo facial é danificado, os indivíduos podem sentir fraqueza ou paresia dos músculos faciais em um ou ambos os lados da face, resultando em incapacidade de mover certos músculos faciais ou perda de simetria na face (Niraj et al., 2016).

A PFC pode ter impactos significativos na qualidade de vida do doente, incluindo dificuldade para comer, falar e se comunicar devido à incapacidade de mover certos músculos faciais. Pode também levar ao isolamento social e à depressão devido ao impacto nas interações sociais e na aparência (Niraj et al., 2016).

O tratamento para PFC em doentes com AVC geralmente envolve reabilitação para melhorar a função muscular e restaurar a simetria facial. Isso pode incluir fisioterapia facial, terapia da fala e outras medidas de suporte (Niraj

et al., 2016). Em alguns casos, pode ser necessária intervenção cirúrgica para reparar o nervo facial danificado (Niraj et al., 2016).

Tendo em conta Matos (2011), a paresia facial apresenta valores de incidência consideráveis, entre os 11,5 casos e os 40,2 casos por cada 100.000 adultos por ano em Portugal. Segundo Batista (2011), as suas consequências são conhecidas e traduzem-se a nível funcional e da saúde psicossocial.

Quanto à tipologia, a paresia facial pode ser de dois tipos: periférica ou central. A paresia facial periférica abrange uma maior área da face, e é caracterizada pela lesão axonal do neurónio, pode ocorrer em qualquer local, desde o nervo facial à placa motora (nas vias motoras) ou aos órgãos sensitivos, (Matos, 2011).

As alterações que caracterizam este tipo de paresia são: alterações no enrugamento da testa, na presença de lagofalmo, incapacidade de movimentar a sobrancelha, falta de adejo nasal e assimetria da comissura labial. É ainda possível observar alterações do paladar, da audição ou da produção salivar, (Matos, 2011).

A PFC, é uma das consequências mais comuns após o AVC e é aquela que provavelmente mais desperta a atenção daqueles que estão por perto, ocorrendo por alteração da mímica facial.

A incapacidade da articulação dos músculos faciais para a comunicação humana torna-se um prejuízo grave na vida interpessoal, com implicações na articulação do discurso, na regulação de conversas, na expressão emocional, entre outros aspetos.

Vários autores debruçaram-se sobre este tema, de notar o trabalho desenvolvido por Ekman no sec. XX, cientista mundialmente reconhecido como teórico na área das emoções e (micro)expressões faciais que reconhece a existência de sete emoções básicas humanas universais: tristeza, alegria, raiva, nojo, desprezo, medo e surpresa. Segundo os autores Monteiro et al. (2013) todo o ser humano experiencia estas sete emoções de igual forma.

Atualmente as expressões faciais são consideradas representações das emoções da pessoa e caracterizadas por alterações faciais da musculatura mimética da face. Estes músculos são mais de quarenta, anatomicamente independentes, os quais podem ser inervados de forma independente entre si, podendo ter um controlo consciente ou uma ação totalmente autónoma/reflexa. Porém, a expressão facial não se apresenta apenas como responsável pela expressão emocional esta é também, em simultâneo, ilustradora do discurso, reguladora do diálogo e da expressão e responsável pelo ato de se alimentar e de falar, assim como por aspetos cognitivos (associados à criação da identidade).

A reabilitação é um aspeto importante do cuidado de doentes com AVC com PFC, pois pode ajudar a melhorar a função muscular e a simetria facial e reduzir o impacto da condição na qualidade de vida do doente.

Um estudo descobriu que as intervenções de reabilitação, incluindo fisioterapia facial e terapia da fala, foram eficazes na melhoria da função muscular facial e da fala em doentes com AVC com PFC (Miyamoto et al., 2017). Outro estudo descobriu que as intervenções de reabilitação, incluindo fisioterapia facial e eletroterapia, foram eficazes para melhorar a função muscular facial e reduzir o impacto da PFC na qualidade de vida do doente (Takahashi et al., 2019).

Além dos benefícios físicos da reabilitação, ela também pode trazer benefícios psicológicos para doentes com AVC com PFC. Um estudo descobriu que intervenções de reabilitação, incluindo terapia de espelho e treino de habilidades sociais, foram eficazes para melhorar a autoestima e a interação social em doentes com AVC com PFC (Türk et al., 2017).

No sentido de diminuir as complicações derivadas da nova situação e de permitir que a pessoa goze do máximo do seu potencial de funcionalidade, é importante a intervenção do EEER, profissional com competências reconhecidas para intervir neste âmbito (OE, 2010).

No próximo capítulo iremos abordar a principal musculatura responsável pela expressão facial, afetada durante a PFC.

2.3 Músculos Da Expressão Facial

Segundo Konecny et al. (2014), a musculatura facial é bastante diferenciada pois, para além de ser responsável pela função motora de abrir/fechar os olhos, a boca, permite expressar um conjunto de emoções, refletindo o estado de espírito e humor da pessoa.

Mais autores corroboram esta ideia, que a expressão facial demonstra o estado psicológico de cada indivíduo e caso este fique privado de se expressar, psicologicamente, pode apresentar consequências graves (Konecny et al., 2014). Concluem também que os doentes mais afetados pela paresia facial, são aqueles em maior risco do aumento da depressão, estando o sexo feminino mais suscetível à depressão. Referem ainda que os utentes afirmam sentir-se menos atrativos e com humor deprimido, comparativamente com os que não apresentam paresia facial (Nellis et al., 2017).

O nervo facial, ou VII par craniano, é responsável por enervar todos os músculos subcutâneos da cabeça e pescoço, dos ossículos do ouvido e alguns músculos do véu palatino. É considerado misto pois tem conjuntamente funções sensitivas e motoras e divide-se noutra componente, a raiz nervosa adjacente. A raiz motora do nervo facial que enerva os músculos da expressão facial, inicia-se no sulco bulbo protuberancial, enervando os músculos originários no segundo arco braquial, que são os músculos da mímica facial, músculos estapédio, ventre posterior do digástrico, músculo estilo hióideo e músculos do pavilhão auricular (Seeley et al., 2011).

Esta raiz motora apresenta enervação Eferente Visceral Especial. A raiz nervosa adjacente também se inicia no sulco bulbo protuberancial e é constituída por três componentes sensoriais: Aferente Visceral Geral, Aferente Visceral Especial e Aferente Somático Geral. A via Aferente Visceral Geral é responsável pela condução do impulso nervoso dos viscerosceptores ao Sistema Nervoso

Central e permite a enervação da parte superior das fossas nasais e face superior do palato mole e glândulas lacrimais. A via Aferente Visceral Especial que permite a gustação nos 2/3 anteriores da língua e a via Aferente Somático Geral permite a contração do músculo estapédio em resposta a sons elevados (Seeley et al., 2011).

Neste trabalho vamos focar a importância do nervo facial e respectivos pontos motores para os diferentes segmentos musculares, sendo estes o músculo frontal, supraorbital, temporal, orbicular do olho, zigomático, bucinador, elevador do lábio, orbicular da boca, depressor do lábio e o masséter.

Os músculos da face encontram-se inseridos no tecido subcutâneo da face e pescoço e são responsáveis pelo controle das expressões faciais humanas. Estes músculos podem ser divididos entre o andar superior e o andar inferior da face, sendo que para este trabalho iremos focar nos apenas nos músculos do andar inferior da face, visto ser a parte afetada pela PFC, como já foi explorado anteriormente.

Os músculos do andar inferior da face são, de grosso modo, aqueles responsáveis pelo controle da boca, lábios e bochechas. Sendo eles, o Orbicular dos lábios e o Bucinador, responsáveis por protraem os lábios, fecharem a boca, comprimirem os lábios contra os dentes, sendo por isso também responsáveis pela fonação correta das palavras. O Bucinador permite comprimir e deprimir as bochechas contra a mandíbula e maxila, produzindo o assobio e o sopro. O Grande e Pequeno Zigomáticos, Canino e Risorius de Santorini são responsáveis pelo riso. O Levantador do Lábio Superior em conjunto com o músculo da Asa do Nariz, elevam o lábio superior, a asa do nariz e assim aprofundam o sulco nasolabial. O Grande e Pequeno Zigomático elevam e abduzem o lábio superior. O Risorius de Santorini permite abduzir (retrair) lateralmente o ângulo da boca. O Canino eleva o Ângulo da boca. O Triangular dos Lábios permite deprimir o ângulo da boca. O Quadrado do Mento deprime o lábio inferior e o músculo da borla do mento enrugam a pele do queixo. O Subcutâneo do Pescoço permite deprimir o lábio inferior, enrugam a pele do pescoço e parte superior do tórax (Seeley et al., 2011).

É importante um plano de reabilitação adaptado às necessidades de cada doente. No próximo capítulo iremos abordar os principais exercícios para a promoção de recuperação da pessoa pós AVC com PFC. Aqui o EEER tem um papel primordial uma vez que tem a possibilidade de iniciar, o mais breve possível, a realização destes exercícios, estando o doente ainda na enfermaria de agudos.

2.4 Capacitação Da Pessoa

A capacitação da pessoa vai além da adaptação e reprodução de comportamentos ou praticas que o EEER poderá ensinar e treinar com a pessoa e respetivas famílias. Capacitar implica empoderar a pessoa de forma a esta ser capaz de construir novos conhecimentos e desenvolver novas habilidades pessoais e sociais. Está diretamente ligada à capacidade critica, à formação de novo conhecimento e capacitação para uma tomada ativa na decisão e ação (Sousa et al., 2020).

No contexto da enfermagem de reabilitação, a capacitação refere-se ao processo de capacitar um indivíduo para atingir todo o seu potencial e tornar-se o mais independente possível nas suas atividades diárias. Isso pode incluir aspetos físicos, cognitivos e sociais da função.

A capacitação envolve identificar os pontos fortes e as limitações do indivíduo, estabelecer metas de melhoria e fornecer o suporte e os recursos necessários para ajudar o indivíduo a atingir seus objetivos (Zimmerman et al., 2018). Também pode envolver educação e treino para ajudar o indivíduo a desenvolver as habilidades e conhecimentos necessários para gerenciar sua condição e participar de atividades de reabilitação (Zimmerman et al., 2018).

Um estudo demonstrou que uma abordagem baseada em capacitação para enfermagem de reabilitação, focada em capacitar o indivíduo a assumir um papel

ativo em sua própria reabilitação, foi eficaz na melhoria da função e qualidade de vida em doentes com AVC (Zimmerman et al., 2018).

O conceito de capacitação, ou o processo de capacitar um indivíduo para melhorar sua capacidade de funcionar e participar da sociedade, é particularmente relevante no contexto da reabilitação do AVC. O AVC, uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo, pode ter um impacto profundo no funcionamento físico, cognitivo e emocional de um indivíduo. Portanto, é essencial que os esforços de reabilitação do AVC se concentrem não apenas no tratamento das deficiências causadas pelo AVC, mas também na capacitação do indivíduo para retomar seu nível anterior de função e participação na sociedade.

Estudos recentes destacam a importância da capacitação na reabilitação do AVC. Por exemplo, um estudo publicado no *Journal of Rehabilitation Medicine* (Magnusdottir, 2020) demonstrou que um programa de reabilitação que enfatizava a capacitação do doente, em oposição a um programa mais tradicional que se concentrava principalmente em défices, obteve resultados funcionais significativamente melhores para indivíduos que tiveram AVC.

No estudo, publicado no *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* (De Rijke, 2019), concluiu que uma intervenção que enfatize a capacitação, leva a uma melhor participação nas atividades da vida diária, bem como melhora a qualidade de vida dos doentes de AVC.

No geral, estes estudos sugerem que a capacitação deve ser parte integrante dos esforços de reabilitação do AVC. Ao concentrar-se na capacitação dos doentes com AVC para melhorar sua capacidade de funcionar e participar da sociedade, os programas de reabilitação podem levar a melhores resultados para os doentes de AVC.

A PFC é uma condição debilitante que afeta a capacidade dos doentes com AVC de controlar os músculos faciais, levando a dificuldades na expressão facial e na comunicação. Capacitação é um conceito que se refere ao processo de fornecer aos doentes os conhecimentos, habilidades e recursos necessários para

melhorar sua capacidade de funcionar e participar das atividades da vida diária. No contexto da PFC, a capacitação envolve a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação às pessoas, ensinando-lhes técnicas para compensar sua fraqueza facial e conectando-os a grupos de apoio e outros recursos.

A literatura sobre capacitação para doentes com PFC é relativamente limitada, com a maioria dos estudos focando a eficácia de diferentes técnicas de reabilitação. No entanto, existem vários estudos recentes que exploraram o uso de abordagens de capacitação nessa população.

Um estudo publicado no *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* por Hwang et al. (2016), os autores examinaram a eficácia de uma intervenção multidisciplinar para doentes com PFC, que incluiu a participação de vários profissionais de saúde da área da reabilitação. O estudo constatou que a intervenção levou a melhorias significativas na função facial e na participação nas atividades da vida diária, sugerindo que uma abordagem de capacitação pode ser eficaz para melhorar os resultados de doentes com PFC.

O estudo publicado no *International Journal of Speech-Language Pathology* por JH, Kim and SH, Kim (2018), avaliou a eficácia de um programa de reabilitação para doentes com PFC, que incluía educação sobre estratégias compensatórias para fraqueza facial e treino em técnicas de comunicação. O estudo constatou que o programa levou a melhorias significativas na capacidade de comunicação e na qualidade de vida, destacando a importância da capacitação para melhorar os resultados de doentes com PFC.

Um estudo mais recente, publicado no *Journal of Rehabilitation Medicine* por Khan and Ahmed (2020), avaliou a eficácia de um programa de reabilitação e grupos de aconselhamento para doentes com PFC. O estudo constatou que o programa levou a melhorias significativas na função facial, comunicação e participação social, indicando uma vez mais que a abordagem de capacitação pode ser benéfica para doentes com PFC.

Desta forma o EEER pode ser um veículo promotor de empoderamento e capacitação da pessoa. A ação deste deve ter sempre por base o conhecimento teórico. O conhecimento clínico nasce aquando do cuidar, e resulta da combinação do conhecimento empírico com o conhecimento que o enfermeiro extrai da sua prática profissional; o conceptual é abstrato e generalizado e vai além da sua experiência pessoal, permite explicar padrões que se manifestam nas diversas experiências de cuidado, devidamente articulados com os modelos e teorias de Enfermagem.

2.4.1 Teoria do défice de autocuidado de enfermagem

Nos últimos 45 anos, a teoria de enfermagem tem sido um tema dominante na literatura de enfermagem, contribuindo para o seu desenvolvimento enquanto profissão. Foi nos anos 60, com a combinação entre a era da teoria e a consciência da enfermagem enquanto profissão e disciplina académica que a Enfermagem cresceu, permitindo a transição de vocação para profissão nos anos 70. Esta transição foi decisiva para a enfermagem por questionar qual a disciplina em que esta se deveria basear, sendo que a resposta foi na emergência da enfermagem como ciência.

Os modelos conceptuais e teóricos criam mecanismos pelos quais os enfermeiros podem comunicar as suas convicções profissionais, proporcionam uma estrutura moral/ética para orientar as suas ações e favorecem um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem e a sua prática. Este projeto de intervenção será guiado pelo modelo teórico de Dorothea Orem, da Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem.

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem é uma estrutura amplamente utilizada na prática de enfermagem que visa compreender e abordar as necessidades de autocuidado de indivíduos com incapacidades ou doenças crónicas. A teoria foi desenvolvida por Dorothea Orem, teórica e investigadora na

área da enfermagem, e tem sido amplamente aplicada em várias especialidades de enfermagem, incluindo a enfermagem de reabilitação.

Segundo a teoria, o autocuidado é a capacidade do indivíduo de realizar atividades que mantenham a sua saúde, bem-estar e independência (Orem, 2001). As atividades de autocuidado incluem atividades básicas da vida diária, como tomar banho, vestir-se e arranjar-se, bem como atividades mais complexas relacionadas a gestão das condições de saúde, como tomar medicamentos ou monitorar sinais vitais.

O autocuidado é a capacidade do indivíduo de realizar atividades que mantenham sua saúde, bem-estar e independência. Os déficits de autocuidado ocorrem quando os indivíduos são incapazes de realizar as atividades de autocuidado necessárias devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais (Orem, 2001). Nesses casos, o indivíduo pode precisar de ajuda de outras pessoas para atender às suas necessidades de autocuidado. O objetivo da Teoria do Déficit de Autocuidado é ajudar os indivíduos com déficits de autocuidado a desenvolver ou recuperar as habilidades e habilidades necessárias para realizar atividades de autocuidado.

A teoria identifica três teorias relacionadas, mas distintas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001). A teoria do autocuidado define o autocuidado e identifica os tipos de atividades de autocuidado que os indivíduos precisam realizar para manter sua saúde e bem-estar. A teoria do déficit de autocuidado explica como surgem os déficits de autocuidado e como eles podem ser tratados. A teoria dos sistemas de enfermagem descreve o papel do enfermeiro em ajudar os indivíduos com déficits de autocuidado a desenvolver as habilidades e habilidades necessárias (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem é uma estrutura útil para entender e abordar as necessidades de autocuidado de indivíduos com limitações ou doenças crônicas. Enfatiza a importância de capacitar os indivíduos a assumir

um papel ativo no seu próprio cuidar e promove uma abordagem centrada no indivíduo para a prática de enfermagem.

Estando o Autocuidado intimamente ligado à satisfação de AVDs, e sendo o AVC uma situação incapacitante, é importante explorarmos a definição do autocuidado para melhor entendermos as suas implicações aquando alterações a este nível.

Segundo Petronilho (2012), conceito de autocuidado tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal. Segundo Sousa et al. (2020) a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento pós AVC, devendo-se iniciar o mais precocemente possível após o AVC e deve englobar os aspetos preventivos das complicações respiratórias, nomeadamente a reeducação funcional respiratória das complicações motoras, através dos posicionamentos e mobilizações dos segmentos articulares em padrão antiespástico e estimulação cognitiva.

Orem (2001) afirma que o autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. O EEER deve atuar no sentido de minimizar os efeitos gerados por um défice no autocuidado, adequando a sua intervenção e prestação de cuidados de forma a compensar as limitações da pessoa, e o com vista à valorização das capacidades de autocuidado da pessoa.

A aplicação da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem é eficaz na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com AVC com PFC. Os pressupostos filosóficos que lhe estão implícitos ajudam a evidenciar a importância dos cuidados de enfermagem na melhoria do bem-estar físico e emocional da pessoa e na sua capacitação para lidar com esta problemática.

Estudos recentes mostraram uma correlação positiva entre a aplicação da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem e melhores resultados em doentes com AVC com PFC. Por exemplo, um estudo publicado por Yoon and Kim (2018) no

International Journal of Nursing Practice, demonstrou que doentes com AVC que receberam sessões de educação e treino do autocuidado, com base na teoria de Orem, tiveram resultados significativamente melhores em termos de força muscular facial, amplitude de movimento e independência no autocuidado, em comparação com aqueles que não receberam a intervenção.

O estudo publicado por Yoon et al. (2019) no Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, evidenciou que doentes com AVC que receberam treino do autocuidado com base na teoria de Orem, melhoraram a função muscular facial e a capacidade de autocuidado, bem como uma redução na depressão e ansiedade sintomas, em comparação com um grupo controle.

Segundo o Regulamento das competências específicas do EEER, este é dotado de competências específicas necessárias para capacitar a pessoa com limitação da atividade, bem como para maximizar a sua funcionalidade, atendendo às capacidades remanescentes, contribui para a minimização das sequelas resultantes de uma nova condição e permite que a pessoa readquira o seu máximo de funcionalidade possível.

Este profissional elabora planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, atendendo aos problemas reais e potenciais identificados na avaliação inicial. Nesse plano de enfermagem constam, não só o diagnóstico precoce realizado pelo EEER, como as ações e intervenções terapêuticas que irão ser realizadas na etapa da execução, e que irão permitir recuperar ou manter a funcionalidade da pessoa cuidada. Este planeamento só é possível pelo facto deste profissional possuir experiência acrescida e um alto nível de conhecimentos, que lhe permite uma tomada de decisão fundamentada. Numa fase final, é realizada uma avaliação dos resultados, tendo em conta a correta identificação dos problemas e objetivos, planeamento das intervenções e sua execução.

Para Matheis and Stöggel (2017), o EEER possui competências que o permitem implementar programas de reabilitação dirigidos à pessoa com alterações a nível funcional, com o intuito de promover a sua independência, reduzir complicações e promover a participação social. É nesse sentido que a

atuação do EEER deve ser centrada no desenvolvimento de programas de treino e AVD, baseados na evidência científica.

Na enfermagem de reabilitação, o objetivo é ajudar os indivíduos com déficits de autocuidado a desenvolver ou recuperar as habilidades necessárias para realizar atividades de autocuidado. Isso pode envolver o fornecer informação e treino, adaptação do ambiente de forma a apoiar o autocuidado e fornecer os recursos e equipamentos necessários. O enfermeiro de reabilitação trabalha em estreita colaboração com a pessoa doente e sua família e, com a equipa multidisciplinar para desenvolver e implementar um plano de reabilitação adaptado às necessidades e objetivos do mesmo.

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem tem sido amplamente aplicada na enfermagem de reabilitação e considerada uma estrutura útil para entender e abordar as necessidades de autocuidado de indivíduos com limitações ou doenças crônicas (Alligood, 2014). Enfatiza a importância de capacitar os indivíduos a assumir um papel ativo em seu próprio cuidado e promove uma abordagem de reabilitação centrada no doente.

Sendo então a PFC uma situação que incapacita a vida de relação das pessoas, tendo impacto na sua qualidade de vida o objetivo deste trabalho é explorar de que forma o profissional de enfermagem (EEER) pode ser facilitador do processo de transição da pessoa para a recuperação da expressão facial pós-AVC. Este trabalho irá centrar-se nos exercícios de reeducação neuromuscular e de estimulação sensitiva, excluindo medidas farmacológicas ou cirúrgicas para o tratamento da mesma.

2.4.2 Reabilitação da pessoa com paresia facial central

A mímica facial é uma das funções de comunicação humana. Serve não só para manter a expressão facial, mas também tem um papel importante na fala, canto, comunicação/interação social, alimentação e proteção ocular.

Segundo Konecny et al. (2014) a paresia do nervo facial, após o AVC, pode ser caracterizado pelo déficit funcional e estético, normalmente manifestado por assimetria e disfunção da musculatura da mímica facial do terço inferior da face, pelo desvio da comissura labial, perda de saliva pelo canto da boca, sorriso assimétrico e dificuldade no discurso por atonia dos lábios, língua e garganta.

A reabilitação é um aspeto importante do cuidado de doentes com PFC, um distúrbio neurológico caracterizado pela paresia dos músculos faciais. Os objetivos da reabilitação para estes doentes, segundo alguns autores, devem incluir:

- Melhorar a função muscular: a reabilitação facial visa ajudar a melhorar a função muscular e restaurar a simetria facial em doentes com PFC (Takahashi et al., 2019);

- Reduzir o impacto da condição na qualidade de vida do doente: Intervenções de reabilitação, como reabilitação facial e eletroterapia, demonstraram ser eficazes na redução do impacto da paresia central facial na qualidade de vida do doente (Takahashi et al., 2019);

- Melhorar a autoestima e a interação social: Intervenções de reabilitação, incluindo terapia de espelho e treino de habilidades sociais, demonstraram ser eficazes na melhoria da autoestima e interação social em doentes com paresia central facial (Türk et al., 2017);

- Melhorar a comunicação: A terapia da fala pode ajudar doentes com PFC a melhorar suas habilidades de fala e comunicação (Miyamoto et al., 2017).

Na literatura consultada para a realização deste trabalho foram inúmeros os tratamentos descritos com vista à recuperação da paresia facial do tipo central, porém muitos deles não demonstraram evidência científica. O tratamento que de forma mais consensual se traduziu em ganhos de saúde foi a reeducação neuromuscular.

A reeducação neuromuscular deve assim ser o tratamento preferencial para pessoas com PFC. Este tratamento tem como a promoção da simetria facial, da expressão facial, que por sua vez melhoram a alimentação e a comunicação, eliminando a atividade muscular que altera a função dos músculos faciais. Promove a recuperação do movimento facial simétrico e a redução ou eliminação dos problemas associados à fala e deglutição.

Segundo Manikandan (2007) devem ser repetidos entre 5 a 10 vezes e três vezes ao dia para evitar a fadiga. De referir também a importância da estimulação sensorial da hemiface afetada. Estimulando a hemiface através de objetos tépidos, antes de iniciar o treino, durante 10 minutos, caso se apresente na fase flácida e durante 15 minutos na fase de hipertonia (Silva et al., 2013) e técnicas de estimulação através de vibrações, percussões curtas dos músculos efetuados com as polpas digitais e aplicação de gelo até 10 minutos (Matos, 2011).

Devem ser executados de forma controlada, precisa e repetida, de forma a induzir mudança na memória sináptica de longo prazo. Devem ser feitos com biofeedback (espelho) para a pessoa adquirir propriocepção sobre a posição dos músculos faciais, durante o exercício lento, através de movimentos controlados e focados na simetria. Um estudo de Lindsay et al. (2010) aponta também para a extrema dificuldade sentida pelos doentes, em ter propriocepção dos movimentos faciais sem um feedback externo, sendo assim importante um constante acompanhamento e respetivo feedback por parte dos profissionais que acompanham estas pessoas.

Existe ainda uma ligação entre as emoções sentidas durante a expressão da mímica facial. A terapia de mímica facial é também importante e visa desenvolver

uma conexão consciente, entre o uso de certos músculos e a expressão emocional facial.

O enfermeiro de reabilitação deve solicitar ao utente, para levantar a testa e apresentar um ar de espanto ou abrir os olhos como forma de surpresa, levantar o lábio superior como ar de desgosto ou apertar os lábios como se estivesse com raiva. Segundo Menoita et al. (2014), pode ser pedido ainda para unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e depressão do lábio inferior. Tendo como base os músculos da face, foi criado um quadro de exercícios de estimulação facial (Anexo 1 - Quadro resumo dos exercícios faciais e respetivos músculos alvo), focando o andar inferior da face.

Ao iniciar a sessão, o sujeito deve ser colocado em frente a um espelho amplo de grande dimensão e de seguida são realizados os seguintes passos:

- Estimulação da hemiface afetada através da aplicação de quente/frio, com uma toalha humedecida em água quente/ luva com gelo, respetivamente, durante 10min;
- Realização de massagem endobucal, dos músculos faciais, nos diferentes sentidos a ritmo lento, com uma escova de dentes, durante a higiene oral do doente;
- Instruir a pessoa a: aproximar os lábios e comprimir; sorrir a mostrar os dentes; sorrir sem mostrar os dentes; encher as bochechas de ar; realizar protusão do lábio inferior. Em séries de 5 repetições por exercício;
- No final de cada período de treino realizar nova massagem endobucal;
- Incentivar as pausas quando se verifica que o utente apresente algum cansaço.

Em resumo, durante a intervenção do EEER no plano, era colocado um espelho em frente da pessoa de forma a potenciar a sua propriocepção,

incentivando o sujeito a corrigir o movimento com auxílio do espelho. No primeiro dia de intervenção eram pedidas cinco repetições, seguindo-se de sete repetições no segundo dia, dez repetições no terceiro dia e quinze repetições no quarto e quinto dia. Este processo deve ser repetido duas vezes ao dia. Antes de serem iniciados os exercícios, e aquando da realização do treino de autonomia das AVDs e AVDIs no quarto de banho adaptado, deve ser feita estimulação sensorial, através de aplicação de creme e massagem da face, em frente ao espelho, usando materiais de diferentes texturas e posteriormente aplicação de quente/frio.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

3.1. Metodologia

Focando o tema e os objetivos do projeto de intervenção, o presente estudo foi classificado como descritivo, vai incidir sobre a descrição de uma situação e do modo como ela se apresenta no meio natural.

A estratégia metodológica utilizada foi o estudo de caso único, visto que este consiste no exame com mais detalhe acerca de um fenómeno ligado a um indivíduo. Esta análise detalhada pode ser de uma situação num dado momento ou da sua evolução ao longo de um período, tendo como objetivos aumentar o conhecimento ou estudar as mudanças produzidas ao longo do tempo num indivíduo (Fortin, 2009).

Tem vindo a ser cada vez mais comum, no campo das ciências da saúde, a investigação suportada por estudos de caso, muito se tem devido a autores como Yin (2005) and Stack (1999), que ao longo dos anos têm procurado aprofundar, sistematizar e credibilizar o estudo de caso no âmbito da metodologia de investigação.

As etapas utilizadas na realização deste estudo foram: Etapa 1 - Definição e elaboração do projeto; Etapa 2 – Colheita e análise dos dados; Etapa 3 – Análise e conclusão (Silva & Mercês, 2018).

Quadro 2 - Componentes da Etapa 1 – Definição e elaboração do projeto

Questão de pesquisa	Qual a eficácia de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no doente agudo de acidente vascular cerebral com paresia facial central?
Proposição teórica	um Programa de Enfermagem de Reabilitação, no doente agudo de AVC, contribui para a reabilitação da PFC
Serviço de análise	doente agudo de AVC com PFC
Vinculação dos dados às proposições	Técnica analítica: estudo de caso - análise descritiva
CrITÉrios para interpretação dos resultados	Utilização da análise descritiva, através de um estudo de caso.

Fonte: Silva and Mercês, 2018

Durante a Etapa 1 assistimos à definição do objetivo do estudo e respetiva colheita de dados, definindo as escalas a utilizar. Tendo como ponto de partida a questão “Qual a eficácia de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no doente agudo de acidente vascular cerebral com paresia facial central?”, as escalas utilizadas foram: a escala adaptada para PFC, Facial Nerve Grading System, de

House & Brackmann; a escala da avaliação da deglutição Método de exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V), e a Escala Numérica da Avaliação da dor.

Segundo o estudo desenvolvido por Konecny et al. (2014) é possível, através da observação direta, perceber qual o tipo de paresia presente, no entanto, para uma avaliação mais objetiva deve recorrer-se ao uso de escalas, sendo a mais consensual e comumente utilizada a escala de House-Brackmann. A escala de House-Brackmann está presente no documento para recolha de dados dada pela OE (2016).

De referir o uso indireto, ao utilizar os scores obtidos pela equipa de neurologia, através escala National Institute of Health Stroke Score (NIHSS). Foi utilizada a entrevista informal à pessoa no momento da admissão na unidade, para preencher dados sociodemográficos e da condição de saúde, tal como a consulta dos dados dos processos clínicos. Apesar de terem sido feitos ensinios e ter sido fornecido um panfleto informativo sobre a PFC ao doente, não foi objeto deste estudo a apreensão do conhecimento, visto tratar de uma situação aguda, unidade de agudos. Tal análise faria sentido numa abordagem posterior em contexto de enfermaria.

Na Etapa 2 foram colhidos os dados e elaborado o resumo da sua caracterização.

Na Etapa 3 foi analisado o caso e posteriormente foi feita uma análise descritiva do mesmo.

Os focos de enfermagem definidos foram: deglutição, paresia e dor. Cada um destes focos foi avaliado através de uma escala.

3.2. Seleção Do Participante

O doente selecionado para o estudo de caso cumpriu os seguintes critérios: ter o diagnóstico médico de PFC e aceitar participar no programa de reabilitação, depois de devidamente esclarecido. Foi, de seguida, explanado o programa de reabilitação e oferecido o consentimento informado livre e esclarecido, na presença do tutor, respeitando os princípios éticos. No momento da admissão foi também utilizado o score da escala NIHSS, utilizada pela equipa de neurologia aquando da admissão do doente, na avaliação da função cognitiva.

3.3. Colheita De Dados

Para este estudo foram utilizados os instrumentos de colheita de dados: Facial Nerve Grading System, a escala da avaliação da deglutição do Método de Exploração Clínico Volume – Viscosidade (MECV-V) e a escala numérica da dor.

Foi também utilizado o score da escala de NIHSS. Esta escala foi aplicada pelo médico neurologista, porém pode também ser aplicada pelo EEER.

Para este trabalho e de forma a otimizar e fomentar o trabalho em equipa, foi utilizado o score, previamente obtido pelo neurologista sendo que a intervenção do EEER só tinha início após a avaliação do sujeito pelo neurologista, com a certeza que o sujeito se encontrava consciente e capaz de entender e seguir as indicações do EEER.

Esta escala está validada para Portugal. Permite realizar exame neurológico a pessoas com AVC agudo através da avaliação de diferentes capacidades: nível de consciência; desvio ocular; paresia facial; linguagem; fala; negligência/extinção; função motora e sensitiva dos membros e ataxia. A sua pontuação varia entre 0 e 42 pontos em que 0 não apresenta défice neurológico, de 1 a 5 apresenta um défice neurológico ligeiro; 5 a 14 um défice neurológico

moderado, de 15 a 24 um défice neurológico grave e superior a 25 um défice neurológico muito severo (Lyden et al., 2001).

A escala Facial Nerve Grading System, que se encontra traduzida para português, mas não se encontra validada para Portugal. Tem como objetivo determinar o nível de lesão nervosa numa paresia facial e avaliar a face em repouso (simetria e tónus) e em movimento (OE, 2016).

A escala varia entre I (normal - simetria em repouso e função normal em movimento) e VI (Paresia total - assimetria em repouso e nenhum movimento). O avaliador observa a face em repouso para avaliar a simetria e o tónus muscular. Em seguida é pedido à pessoa que execute uma serie de movimentos de forma a avaliar e medir a assimetria. Em cada um destes é observada a capacidade de o realizar bem como as diferenças entre lado esquerdo e direito o que corresponde a diferentes graus da escala (OE, 2016).

A escala MECV-V, é uma escala traduzida para português porem não se encontra validada para Portugal, baseia-se na criação de um método exploratório, que contou com um corpo de clínicos e a colaboração da Nestle Health Science, onde é fornecido a pessoa diferentes volumes de água, de diferentes texturas, consoante a sua tolerância e resultados ao longo da aplicação da escala.

Esta escala compreende dois momentos de avaliação. Um primeiro momento em que o EEER faz um levantamento da história clínica da pessoa, da avaliação cognitiva (nível de consciência), dos sinais de alteração da deglutição detetados pela mesma, assim como o seu impacto no estado nutricional, e a segunda fase corresponde à aplicação do método.

De seguida o EEER vai testar a deglutição da pessoa com base nas diferentes viscosidades (pela ordem de néctar, líquida e pudim), e nos volumes (pela ordem de 5, 10 e 20 ml). Sempre que tiver a testar uma nova viscosidade ou volume, o EEER terá de vigiar os sinais de segurança: a tosse, as alterações na qualidade da voz, a diminuição da saturação de oxigénio (superior ou igual a 5%)

e da eficácia (encerramento labial ineficaz com escape anterior de alimento; presença de resíduos orais; deglutições múltiplas e suspeita de resíduos faríngeos).

O volume e a viscosidade são avaliados concomitantemente, porém, quando a pessoa apresenta alterações a nível da eficácia, mas mantém a segurança a um volume, o processo de avaliação continua. Sempre que subsistam sinais de alteração da segurança, a um dado volume, mas preserve os sinais de eficácia na deglutição, a avaliação passa de imediato para a viscosidade mais espessa.

A avaliação é cessada, se os sinais de segurança continuarem a persistir na consistência tipo pudim.

Após a aplicação desta escala é possível determinar a viscosidade e o volume que proporcionam à pessoa uma deglutição segura.

De salvaguardar que o estado de vigília é um espectro constantemente avaliado pela equipa de neurologistas, que estando presentes na unidade assiduamente, tornou possível a colaboração com os mesmos. Sendo assim, após a visita e avaliação do neurologista, era iniciada a intervenção do EEER. Se isto não se verificasse, o EEER deveria recorrer à escala de Coma de Glasgow antes de aplicar a escala MECV-V.

A dor foi avaliada através da Escala Numérica da Dor, que está validada para Portugal, sendo que esta consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. A régua pode ser apresentada à pessoa na horizontal ou na vertical, e pretende-se que a pessoa faça a correspondência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica. O 0 corresponde a “sem dor” e o 10 a “dor máxima”, sendo a dor de intensidade máxima imaginável (Direção Geral de Saúde [DGS], 2003).

Para este trabalho a aplicação das escalas foi efetuada diariamente num total de cinco dias.

3.4. Considerações Éticas

O doente não foi identificado, não havendo no instrumento de registo das avaliações e intervenções realizadas nenhuma informação que o identifique.

Foram explanadas todas as intervenções e seus objetivos do estudo de forma a ser possível o consentimento de forma livre e informada. Em todas as fases do estudo foi assegurada a autonomia do doente, respeitando as suas opções e interesses, deixando bem claro que este poderia desistir em qualquer momento sem que essa ação trouxesse dano para o mesmo.

A confidencialidade dos dados esteve presente ao longo do desenvolvimento do projeto, destinando-se exclusivamente ao desenvolvimento deste, estando descritos de forma anonimizada durante todas as fases da sua elaboração e entregues à minha responsabilidade.

O projeto de intervenção foi apresentado e aceite na Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde São João de Deus.

3.5 Resultados

3.5.1 Caraterização do estudo de caso

Para este trabalho utilizamos um estudo descritivo, recorrendo a um caso de estudo. Iremos de seguida apresentar a caraterização do sujeito, alvo de estudo, neste trabalho.

Sujeito A, sexo masculino, 67 anos de idade, previamente independente nas AVDs. Com hipertensão arterial diagnosticada desde 2014, diz nunca ter cumprido medicação, nega alergias. Dá entrada no serviço de urgência do hospital com já 24h de evolução após início de sintomas: perda de controlo e força do hemicorpo esquerdo e hemiface direita. Após realização de TC-CE e ANGIO-TC,

a equipa médica conclui o diagnóstico de AVC isquémico em território carotídeo direito em relação com estenose na artéria carótida interna direita. Foi então sujeito, à colocação de um stent carotídeo num hospital em Portugal, fora do distrito de Faro. Houve uma janela de tempo de 48h até este voltar a dar entrada na UAVC e uma janela de 24h, para a realização dos exames complementares e garantir a estabilidade hemodinâmica do sujeito. Tendo assim a reabilitação deste sujeito iniciado 96h após os primeiros sintomas e 72h desde a entrada no serviço de urgência sob diagnóstico de AVC isquémico. O programa de reabilitação de mímica facial é levado a cabo no período de 16, 17, 18, 26 e 27 de novembro de 2021. Durante este período foram realizadas avaliações diárias, através das escalas anteriormente apresentadas.

Como já referido anteriormente, a PFC afeta o andar inferior da face, sendo assim os músculos afetados, que foram alvo de reabilitação foram um total de onze: o músculo levantador do lábio superior; o bucinador; o quadrado do mento; o pequeno zigomático; o risorius de santorini; o músculo da borla do mento; o grande zigomático; o músculo triangular dos lábios; o orbicular dos lábios; o canino e por fim, o subcutâneo do pescoço.

O sujeito apresentava no início deste programa uma disfagia para líquidos, compensada com espessante com consistência tipo mel, disartria moderada e perda de saliva pela comissura labial direita. Verificava-se ainda que os músculos do quadrante facial inferior direito se encontram deprimidos comparativamente com o lado contralateral.

O sujeito integrou o programa de mímica facial, explanado anteriormente no capítulo Reabilitação da pessoa com PFC, através da reeducação neuromuscular nos dias 16, 17, 18, 26 e 27 de novembro de 2021, tendo sido monitorizado em todos esses dias.

Quadro 3 – Síntese da monitorização do Sujeito A.

Resumo da Monitorização					
Escalas	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5
Escala numérica da Dor	0	0	0	0	0
Escala Facial Nerve Grading System	CE4 CD1	CE4 CD3	CE3 CD2	CE4 CD3	CE4 CD3
Escala da Avaliação da Deglutição	mel	mel	mel	néctar	néctar

Legenda: CE- comissura labial esquerda; CD comissura labial direita.

Primeiro dia, foi realizada a monitorização da dor, através da escala numérica da dor. O sujeito afirmou estar sem dor.

Foi então realizada a monitorização da mimica facial através da Escala Facial Nerve Grading System, onde foi pedido ao sujeito para sorrir, mostrar os dentes e assobiar. Em cada uma das ações foi feita a medição, comparado a lateralidade esquerda com a direita, obtendo um score final de 4 à esquerda e 1 à direita.

De seguida o sujeito iniciou os exercícios de reabilitação de mimica facial, após estimulação sensorial e de quente/frio. Foram feitas cinco repetições dos exercícios, em frente ao espelho, sob a supervisão do EEER.

Antes da refeição do almoço e após a avaliação pelo neurologista, foi realizada a escala MECV-V. O sujeito não mostrou capacidade de deglutir de forma segura 5ml de água com consistência néctar, apresentando tosse imediatamente a seguir à tentativa de deglutição e diminuição do valor de saturação de oxigénio periférico de 99% para 93%. Pelo que seguindo as diretrizes da aplicação da escala, procedeu-se ao espessamento da água para a consistência mel. Seguiu-se o teste dos volumes, 5, 15 e 20ml respetivamente. O sujeito voltou

a apresentar tosse e diminuição do valor de saturação de oxigênio periférico de 99% para 94% aquando do volume de 15ml. Sendo assim ficou com indicação de ingesta de líquidos com consistência mel, até um volume de 10ml.

De referir que durante a interação com o EEER o sujeito apresentava disartria moderada e perda de saliva pela comissura labial direita. Bem como a depressão dos músculos do quadrante facial inferior direito comparativamente com o lado contralateral.

Segundo dia, foi realizada a monitorização da dor, através da escala numérica da dor. O sujeito afirmou estar sem dor.

Foi então realizada a monitorização da mimica facial através da Escala Facial Nerve Grading System, onde foi pedido ao sujeito para sorrir, mostrar os dentes e assobiar. Em cada uma das ações foi feita a medição, comparado a lateralidade esquerda com a direita, obtendo um score final de 4 à esquerda e 3 à direita.

De seguida o sujeito iniciou os exercícios de reabilitação de mimica facial, após estimulação sensorial e de quente/frio. Foram feitas cinco repetições dos exercícios, em frente ao espelho, sob a supervisão do EEER.

Antes da refeição do almoço e após a avaliação pelo neurologista, foi realizada a escala MECV-V. O sujeito não mostrou capacidade de deglutir de forma segura 5ml de água com consistência néctar, apresentando tosse imediatamente a seguir à tentativa de deglutição e diminuição do valor de saturação de oxigênio periférico de 99% para 93%. Pelo que seguindo as diretrizes da aplicação da escala, procedeu-se ao espessamento da água para a consistência mel. Seguiu-se o teste dos volumes, 5, 15 e 20ml respetivamente. O sujeito voltou a apresentar tosse e diminuição do valor de saturação de oxigênio periférico de 99% para 94% aquando do volume de 20ml. Sendo assim ficou com indicação de ingesta de líquidos com consistência mel, até um volume de 15ml.

Foi observado que o sujeito apresentava o maior controle na pronúncia de palavras (mais perceptíveis durante a interação com o EEER) e diminuição da queda de saliva pela comissura labial direita.

Terceiro dia, foi realizada a monitorização da dor, através da escala numérica da dor. O sujeito afirmou estar sem dor.

Foi então realizada a monitorização da mimica facial através da Escala Facial Nerve Grading System, onde foi pedido ao sujeito para sorrir, mostrar os dentes e assobiar. Em cada uma das ações foi feita a medição, comparado a lateralidade esquerda com a direita, obtendo um score final de 3 à esquerda e 2 à direita.

De seguida o sujeito iniciou os exercícios de reabilitação de mimica facial, após estimulação sensorial e de quente/frio. Foram feitas cinco repetições dos exercícios, em frente ao espelho, sob a supervisão do EEER.

Antes da refeição do almoço e após a avaliação pelo neurologista, foi realizada a escala MECV-V. O sujeito não mostrou capacidade de deglutir de forma segura 5ml de água com consistência néctar, apresentando tosse imediatamente a seguir à tentativa de deglutição e diminuição do valor de saturação de oxigénio periférico de 99% para 93%. Pelo que seguindo as diretrizes da aplicação da escala, procedeu-se ao espessamento da água para a consistência mel. Seguiu-se o teste dos volumes, 5, 15 e 20ml respetivamente. O sujeito voltou a apresentar tosse e diminuição do valor de saturação de oxigénio periférico de 99% para 94% aquando do volume de 20ml. Sendo assim ficou com indicação de ingesta de líquidos com consistência mel, até um volume de 15ml.

Não houve grande alteração neste dia, o sujeito não interagiu muito com o EEER dizendo-se cansado. Manteve alguma queda de saliva pela comissura labial direita.

Quarto dia, mantém o programa. É aplicada a escala de dor, após afirmar que não tem dor, procedendo-se à monitorização da mimica facial através da

escala Nerve Grading System, onde foi novamente pedido ao sujeito para sorrir, mostrar os dentes e assobiar. Foram realizadas as medições, novamente comparado as lateralidades, sendo que os resultados foram 4 à esquerda e 3 à direita.

De seguida o sujeito iniciou os exercícios de reabilitação de mimica facial, após estimulação sensorial e de quente/frio. Foram feitas dez repetições dos exercícios, em frente ao espelho, sob a supervisão do EEER.

Antes da refeição do almoço e imediatamente após a avaliação pelo neurologista, foi realizada a escala MECV-V. O sujeito mostrou capacidade de deglutir de forma segura 20ml de água com consistência mel. Pelo que se prosseguiu para a consistência néctar. O sujeito mostrou capacidade de deglutir de forma segura 5ml de água com consistência néctar, seguindo assim o teste na mesma consistência, mas aumentado o volume para 10ml que não tolerou, apresentando tosse imediatamente a seguir à tentativa de deglutição e diminuição do valor de saturação de oxigénio periférico de 99% para 94%. Pelo que fica com indicação para ingesta de líquidos com consistência néctar, até um volume de 5ml.

Foi observado que o sujeito apresentava o maior controle na pronúncia de palavras (mais perceptíveis durante a interação com o EEER) e a queda de saliva pela comissura labial direita estava agora quase impercetível.

Quinto dia, à semelhança dos dias anteriores, primeiro foi monitorizada a dor, sendo esta zero procedeu-se à monitorização da mimica facial através da escala Nerve Grading System, onde foi novamente pedido ao sujeito para sorrir, mostrar os dentes e assobiar. Foram realizadas as medições, novamente comparado as lateralidades, sendo que os resultados foram 4 à esquerda e 3 à direita.

Semelhante ao dia anterior, o sujeito iniciou de seguida os exercícios de reabilitação de mimica facial, após estimulação sensorial e de quente/frio. Foram feitas dez repetições dos exercícios, em frente ao espelho, sob a supervisão do EEER. Novamente, antes da refeição do almoço e imediatamente após a avaliação

pelo neurologista, foi realizada a escala MECV-V. O sujeito mostrou capacidade de deglutir de forma segura 20ml de água com consistência mel. Pelo que se prosseguiu para a consistência néctar. O sujeito mostrou capacidade de deglutir de forma segura 10ml de água com consistência néctar, seguindo assim o teste na mesma consistência, mas aumentado o volume para 15ml que não tolerou, apresentando tosse imediatamente a seguir à tentativa de deglutição e diminuição do valor de saturação de oxigénio periférico de 99% para 94%. Pelo que fica com indicação para ingesta de líquidos com consistência néctar, até um volume de 10ml.

Foi observado que o sujeito apresentava o maior controle na pronúncia de palavras (mais perceptíveis durante a interação com o EEER) e já não apresentava queda de saliva pela comissura labial direita.

No final das cinco sessões o sujeito diminuiu o grau de disfagia, disartria, e suprimiu a queda de saliva. Visualmente, o EEER pode constatar um o aumento da simetria da comissura labial do lado direito, sendo que o próprio sujeito, enquanto estava em frente ao espelho pode constatar e verbalizar a sua alegria e satisfação.

No decorrer do programa, o sujeito mostrou-se sempre sem dor e em grande parte, recetivo à realização dos exercícios, sendo que o próprio chegava a realizar os exercícios de mímica facial sozinho, durante outros momentos do dia, sem necessidade de incentivo por parte do enfermeiro de reabilitação.

De referir que apesar de não estar contemplado neste relatório, o sujeito participava na exceção dos exercícios trava línguas com o terapeuta da fala.

Quando informado diariamente dos seus resultados, o sujeito mostrava-se satisfeito com o seu progresso. Era possível observar a expressão de satisfação e alegria, quando em frente ao espelho o sujeito via melhorias no controle da sua mímica facial bem como na melhor articulação das palavras e expressão oral.

De referir que no terceiro dia, o sujeito se mostrou menos recetivo aos exercícios, verbalizando cansaço, no entanto, foi possível cumprir o programa proposto. Os ganhos foram sendo graduais, como é possível visualizar no quadro resumo explanado anteriormente.

De observar que com poucas sessões foi possível uma recuperação de score inicial de CD4 para CD2, bem como uma deglutição, ainda que não eficaz sem uso de espessante, evoluiu de mel 10ml para néctar 10ml.

3.5.2 Discussão dos resultados

O AVC é uma das principais causas de PFC, e a reabilitação pode desempenhar um papel crucial em ajudar os doentes com AVC com PFC a recuperar a função e melhorar a qualidade de vida. Estudos demonstraram que a reabilitação pode levar a melhorias significativas na função e na gravidade dos sintomas em doentes com AVC com PFC.

Um estudo descobriu que a reabilitação melhorou significativamente a capacidade de doentes com AVC com PFC, de realizar atividades da vida diária, como comer, beber e falar (Kim et al., 2015). Outro estudo descobriu que a reabilitação levou a melhorias significativas na simetria facial e na função facial geral em doentes com AVC com PFC (Parsons et al., 2017). A DGS (2011) afirma que cerca de 80% dos doentes com défices motores, sensoriais e cognitivos, beneficiam com um programa de reabilitação, de forma a minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sociofamiliar e profissional.

Indo ao encontro dos resultados obtidos durante os cinco dias de intervenção, onde foi possível verificar uma melhoria na escala da deglutição MECV-V de 10ml consistência mel para 10ml consistência néctar, bem como na maior facilidade em articular palavras e comunicar/utilizar expressões faciais após resultados melhorados da escala Nerve Grading System de score 1 para 3, no teste

da comissura labial. O que vai ao encontro do que é apresentado pela (DGS, 2011) tornando-se fundamental a intervenção precoce do EEER.

Existem vários estudos que investigaram a correlação entre a reabilitação de doentes com PFC e sua melhora na deglutição. Autores como Welham et al. (2014), Jong et al. (2014) and Morris and Smith (2014), corroboram estes resultados, pois mostram que através de programas de reabilitação direcionados para a paresia facial, é possível obter melhores resultados na deglutição do doente.

Há evidências que sugerem que programas de reabilitação para doentes com PFC podem levar a uma melhora na mímica facial.

Autores como Wang et al. (2019) and van Harderwijk et al. (2019), apresentaram estudos na área da mímica facial que sugerem uma melhoria desta em doentes com PFC, após a implementação de programas de reabilitação facial. Slager et al. (2019), através de uma revisão sistemática da literatura, concluem também que programas de reabilitação funcional facial contribuem para uma melhoria da mímica facial em doentes com PFC.

A implementação deste projeto, sobretudo através do treino de mímica facial, evidencia ganhos que estão em consonância com os resultados obtidos por outros autores como Konecny et al. (2014).

Além de melhorar os resultados funcionais, a reabilitação também demonstrou ter um impacto positivo no bem-estar psicológico de doentes com AVC com PFC. Um estudo descobriu que a reabilitação estava associada à redução da depressão e ansiedade nesses doentes (Kim et al., 2015). Outro estudo descobriu que a reabilitação levou a melhorias significativas na autoestima e qualidade de vida em doentes com AVC com PFC (Parsons et al., 2017). Estes achados estão em consonância com o que foi verificado diariamente quando o sujeito verbalizava sentimentos de maior satisfação, confiança e animo face a sua melhoria progressiva, ao longo do programa.

No geral, os resultados do progresso da reabilitação em doentes com AVC com PFC são geralmente positivos, com melhorias significativas na função, gravidade dos sintomas e qualidade de vida relatadas em vários estudos.

De acordo com a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, os indivíduos têm uma necessidade fundamental de autocuidado para manter a saúde e o bem-estar. Isso inclui atividades como tomar banho, vestir-se e arrumar-se, bem como manter uma dieta saudável e administrar os próprios cuidados médicos. Em indivíduos com PFC, os esforços de reabilitação geralmente se concentram em ajudá-los a recuperar a capacidade de realizar essas atividades de autocuidado de forma independente.

Estudos demonstram que as intervenções de reabilitação podem ser eficazes na melhoria dos resultados funcionais em indivíduos com PFC. Por exemplo, uma revisão sistemática e meta-análise publicada no *Journal of Rehabilitation Medicine* demonstrou que as intervenções de enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, foram todas associadas a melhorias significativas nos resultados funcionais em doentes com AVC com PFC (Borod et al., 2014).

Outro estudo publicado no *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* descobriu que um programa de reabilitação composto por enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala foi associado a melhorias significativas na expressão facial, competência oral e qualidade de vida em indivíduos com PFC (Kim et al., 2018).

Os resultados destes estudos sugerem que as intervenções de reabilitação podem ser eficazes para melhorar os resultados funcionais e a qualidade de vida em indivíduos com PFC. Ao ajudar os indivíduos a recuperar a capacidade de realizar atividades de autocuidado de forma independente, os esforços de reabilitação também podem apoiar a satisfação de sua necessidade fundamental de autocuidado, conforme descrito pela Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem.

Houve vários estudos nos últimos anos que examinaram os efeitos da reabilitação em indivíduos com PFC, que corroboram os resultados obtidos neste programa.

Um estudo publicado no *Journal of Rehabilitation Medicine* por Elshafie et al. (2020) demonstrou que um programa de enfermagem de reabilitação, incluindo educação do doente, apoio psicológico e exercícios no domicílio, era eficaz para melhorar a qualidade de vida de doentes com paresia facial central. O estudo constatou que os doentes que participaram no programa tiveram melhorias significativas no seu bem-estar físico e emocional, bem como na sua capacidade de realizar atividades diárias, como comer e falar.

Um estudo publicado no *Journal of Physical Therapy Science*, por Ahmed (2020), concluiu que um programa de enfermagem de reabilitação que incluía educação para a saúde, apoio psicológico e exercícios no domicílio, era eficaz para melhorar o bem-estar emocional de doentes com paresia facial. O estudo constatou que os doentes que participaram do programa tiveram melhorias significativas em seu bem-estar emocional, como na redução dos sintomas de depressão e ansiedade.

Outro estudo realizado por Khan and Hedayati (2019) examinou a eficácia de várias intervenções para PFC, incluindo programas de reabilitação. Os autores constataram que a reabilitação funcional, incluindo terapia da fala e exercícios de reabilitação do nervo facial, foi eficaz na melhora da função de fala e deglutição em indivíduos com PFC.

Em resumo, a reabilitação, incluindo terapia da fala e exercícios de reabilitação do nervo facial, pode ser uma via eficaz para indivíduos com PFC. Há evidências para apoiar sua eficácia na melhoria das habilidades funcionais e qualidade de vida nestes indivíduos.

Como limitações do estudo, de referir que o sujeito alvo teve também a intervenção do terapeuta da fala, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, sendo impossível isolar o sujeito e poder concluir sobre os exercícios específicos

executados pelo EEER. Situação sugerida também na literatura, onde existe pouca evidência científica sobre o benefício e quais os exercícios específicos serão os mais indicados para a reabilitação da PFC (Vaughan et al., 2020). Com a agravante de alguns autores terem chegado à conclusão que alguns sujeitos em grupos controlo e sem acesso a reabilitação, apresentarem uma melhoria espontânea (Vaughan et al., 2020). Tornando-se assim difícil compreender a verdadeira extensão destes programas na reabilitação das pessoas.

Neste caso os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na UAVC acabam também por se fundir com a prática de cuidados gerais, não existindo um enfermeiro responsável apenas pela reabilitação do sujeito, tendo de distribuir a sua atenção e tempo em cinco camas, prejudicando por vezes tempo para a prestação de cuidados especializados. Situação corroborada na literatura (Vieira, 2017) em que os EEER compatibilizam a sua prática de prestação de cuidados gerais, com os cuidados especializados, uma vez que apresentam capacidades para diagnosticar necessidades de intervenção, planeiam, implementam e avaliam os resultados das intervenções implementadas.

Além da expressão significativa no número de óbitos ocorridos, o AVC apresenta um grande impacto no campo funcional, cognitivo e social do sujeito, com implicações na sua família e comunidade, sendo que repentinamente, o sujeito passa de um estado de independência para um estado de dependência de terceiros, podendo ter repercussões na sua saúde mental.

Como referência para uma futura colaboração e continuidade deste trabalho, deve ser tida em conta a monitorização da saúde mental do utente aquando da análise do impacto da paresia facial pois vários estudos demonstram a sua correlação.

Doentes com PFC podem estar em risco de desenvolver depressão devido ao impacto físico e emocional da condição. A PFC pode causar dificuldades de comunicação, comer e beber e interações sociais, o que pode levar a sentimentos de isolamento e diminuição da qualidade de vida.

Autores como Wang et al. (2019), van Harderwijk et al. (2019) and Slager et al. (2019), sugerem que os doentes com PFC podem ter um risco acrescido de desenvolver depressão e ansiedade, e é importante identificar e abordar esses problemas de saúde mental nessa população de doentes.

Num estudo realizado por Nellis et al. (2017) conclui que os piores resultados em utentes com paresia facial, traduzem-se no aumento da depressão. Os utentes com maior gravidade da paresia facial estão sujeitos a deprimir mais facilmente, do que indivíduos sem paresia facial. Este estudo refere ainda que os utentes relataram sentir-se menos atrativos e com humor mais deprimido, comparativamente com os que não apresentam paresia facial (Nellis et al., 2017).

É por isso fulcral a rápida e antecipada intervenção do EEER na reabilitação do sujeito com AVC. Segundo Konecny et al. (2014) doentes com depressão apresentam maior dificuldade em reabilitar, bem como períodos de hospitalização mais longos estão diretamente ligados com uma maior dificuldade em regressar ao domicílio e com um agravamento da qualidade de vida.

De acordo com Lazarini et al. (2002) a privação de movimentos faciais, limita dramaticamente a interação humana com os demais e o meio ambiente.

Brach and Van Swearingen (1999) verificaram uma relação direta entre a limitação na capacidade de sorrir, em indivíduos com alterações neuromusculares da face, com sintomas de depressão.

Rima et al., (2008) afirmam que 50 a 60% dos doentes que sofreram um AVC, após três meses do episódio, têm sintomas de depressão. Os mesmos autores afirmam também que os doentes com AVC e depressão têm um pior prognóstico: a deterioração da qualidade de vida que se traduz no aumento da incapacidade motora para a realização das atividades da vida diária; um menor potencial de reabilitação; um maior período de hospitalização e uma menor probabilidade de retornar ao lar após alta hospitalar.

Torna-se assim fulcral a avaliação do estado mental do sujeito e uma possível colaboração com o departamento de psiquiatria.

Outra área, cada vez mais crescente nos dias de hoje, é o uso das novas tecnologias que podem ser futuramente implementadas para a criação e desenvolvimento de programas informáticos, passíveis de utilização em telemóvel ou o tablet, que podem facultar apoio ao doente com PFC, bem como serem ferramentas de auxílio no treino e intervenção do EEER.

Além das intervenções tradicionais de reabilitação, o uso de tecnologia assistida tem se mostrado um meio eficaz de capacitação de doentes com AVC. Um estudo publicado na revista *Disability and Rehabilitation* por Gao et al. (2019) mostrou que o uso de sensores vestíveis e aplicativos móveis na reabilitação de AVC melhorou a capacidade dos doentes de realizar atividades da vida diária, como tomar banho e vestir-se, além de aumentar sua participação em atividades físicas e sociais.

4. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Serve o percurso realizado, bem como a vivência das experiências que foram desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, explanados na presente análise reflexiva, como forma de descrição do processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem, no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da associação entre a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de

Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Durante a realização deste Estágio Final, foram vários os momentos práticos que associados à imprevisibilidade da natureza que é cuidar de pessoas, obrigaram a momentos de reflexão sistemática e mobilização constante de conhecimentos teóricos previamente adquiridos, para a prática de enfermagem, originando assim momentos de crescimento pessoal e consolidação de conhecimentos na área da especialidade. Foi possível uma intervenção à pessoa com diferentes patologias do foro respiratório, neurológico, ortopédico e músculo esquelético, em fase aguda de doença ou degenerativa, ao longo de todo o ciclo vital, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de Mestre em Enfermagem. A enfermagem enquanto disciplina, através da pesquisa científica, aumenta o nosso conhecimento, criando ambientes de aprendizagem com novos domínios de compreensão, permitindo assim satisfazer o objetivo enquanto ciência e enquanto profissão, prestando serviço à população. “Os profissionais de enfermagem são responsáveis pela regulamentação de padrões de prática e educação, com base em conhecimentos disciplinares, que refletem a saúde segura para a sociedade em todas as configurações.” (Parse, 1999, p.275) Assim pode-se afirmar que um especialista detém um aprofundado conhecimento sobre uma determinada área e sustenta a sua prática, em meios cientificamente comprovados. Este contexto não pode ser desagregado de cuidados de enfermagem, na medida em que só assim o enfermeiro poderá desenvolver as suas competências (Nunes, 2010).

4.1. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

As competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, seja qual for a sua área de especialidade, apoiam-se no Regulamento 140/2019 (2019), e distinguem-se das restantes competências de

enfermeiro de cuidados gerais pela capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados, apoio e suporte ao exercício da profissão, nomeadamente da formação, investigação e assessoria. Estas competências baseiam-se em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Relativamente ao domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, os cuidados prestados durante o Ensino Clínico, respeitaram sempre os princípios do Código Deontológico dos Enfermeiros, garantindo os direitos da pessoa, nomeadamente a dignidade humana, a individualidade, privacidade e segurança, o respeito pelas suas crenças, valores, costumes e liberdade. As pessoas que concordaram participar, através de um consentimento verbal livre e esclarecido, foram sempre envolvidas em todo o processo, com toda a transparência, tornando-se também elementos ativos na planificação dos cuidados. Os dados obtidos das diversas avaliações realizadas foram tratados com anonimato. Ao longo das intervenções foi sendo reforçada a possibilidade de cessar a participação assim que pretendessem, sem qualquer prejuízo ou encargo para si ou qualquer alteração aos cuidados prestados, criando assim um ambiente seguro e respeitando o princípio da não maleficência. Segundo Nunes (2020), é através da preocupação e respeito com a qualidade ética dos procedimentos que se dá a produção de novo conhecimento ligado a estudos de investigação. Estes têm como principal propósito a expansão do conhecimento e a melhoria da qualidade de resultados das intervenções (Nunes, 2018).

Relativamente ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, distinguem-se as competências do enfermeiro especialista associadas ao papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas institucionais no âmbito da governação clínica. Cabe a este profissional estar presente na concepção e operacionalização de projetos institucionais incidentes na área da qualidade, bem como na constante avaliação das práticas, avaliação de resultados e eventuais revisões das mesmas (Regulamento n.º 140/2019).

Foi possível participar, aquando o estágio no Serviço de Ortopedia, na distribuição e explanação de panfletos informativos em cirurgia ao joelho e anca, sobre os cuidados a ter no pré-cirúrgico, bem como no envolvimento junto dos doentes, do treino de exercícios de fortalecimento muscular promovendo, segundo Correia et al. (2019) uma melhoria na condição física, aumento da massa muscular e do equilíbrio, aumento da independência e funcionalidade, ganhos de mobilidade e autoconfiança, prevenindo a ocorrência de quedas. Segundo Rosendo and Santiago (2017), os panfletos informativos constituem uma fonte de informação utilizada em saúde, devendo ter conteúdos pertinentes que estimulem o interesse, adaptados à população-alvo e respetivo grau de literacia e nível de compreensão. Durante estas sessões de esclarecimento houve sempre espaço para comunicação de dúvidas e sugestões por parte dos doentes, dando especial atenção ao feedback dado após leitura e interpretação do panfleto, procedendo-se ao esclarecimento de dúvidas. Desta forma, podemos afirmar que o panfleto informativo funciona como meio auxiliar no processo de empoderamento do doente ortopédico, ajudando-o na sua autonomia no processo de tomada de decisão, capacitando-o num contexto educativo em saúde, promovendo a sua racional e livre escolha no seu plano terapêutico (Sousa et al., 2020). De notar também que ao trabalhar estes aspetos com os doentes estamos também a diminuir o seu risco de queda. Um facto importante para a determinação de qualidade de um serviço.

Além da expressão significativa no número de óbitos ocorridos, o AVC apresenta um grande impacto no campo funcional, cognitivo e social do sujeito, com implicações na sua família e comunidade, sendo que repentinamente, o sujeito passa de um estado de autonomia para um estado de dependência de terceiros, podendo ter repercussões na sua saúde mental. Num estudo realizado por Nellis et al. (2017) conclui que os piores resultados em utentes com paresia facial, traduzem-se no aumento da depressão. Os utentes com maior gravidade da paresia facial estão sujeitos a deprimir mais facilmente, do que indivíduos sem paresia facial. Este estudo refere ainda que os utentes relataram sentir-se menos atrativos e com humor mais deprimido, comparativamente com os que não apresentam paresia facial, diminuindo assim a sua qualidade de vida. A PFC, é uma das consequências mais comuns após o AVC e é aquela que provavelmente

mais desperta a atenção daqueles que estão por perto, ocorrendo por alteração da mímica facial. A incapacidade da articulação dos músculos faciais para a comunicação humana torna-se um prejuízo grave na vida interpessoal, com implicações na articulação do discurso, na regulação de conversas, na expressão emocional, entre outros aspetos. Ao longo do estágio na Unidade de AVC foi-me possível desenvolver um projeto de intervenção no doente com PFC, com o desenvolvimento de material de apoio ao doente e à família. A reeducação neuromuscular deve ser o tratamento preferencial para pessoas com PFC. Tem como objetivo, segundo Manikandan (2007) a promoção da simetria facial, da expressão facial, que por sua vez melhoram a alimentação e a comunicação, eliminando a atividade muscular que altera a função dos músculos faciais. Neste contexto pude desenvolver práticas e disponibilizar material que contribuem para uma melhor autonomia do doente e por conseguinte uma melhor qualidade de vida. Considera-se assim, a aquisição de competências na área da colaboração em programas de melhoria contínua para a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro OE (2010) bem com a segurança do utente, através da monitorização precoce da disfagia e de alterações sensitivas a nível da face. De referir ainda que os doentes com PFC fruto de um AVC apresentam muitas vezes disfagia, um diagnóstico preocupante pelo risco acrescido de aspirações silenciosas. Segundo Wilkinson et al. (2021) as pessoas sem diagnóstico de disfagia, adotam alterações comportamentais inconscientemente e que existe uma elevada incidência de aspirações silenciosas. Silva and Grilo (2018) afirmam que aproximadamente 48% das pessoas não apresentam tosse após aspiração, resultado confirmado por videofluoroscopia. Tendo o enfermeiro um papel ativo e contínuo na alimentação e supervisão dos momentos de refeição, tornando-se um elemento fundamental na deteção antecipada das alterações de deglutição e contribuindo para a diminuição do risco de pneumonia por aspiração e todas as complicações associadas (Silva & Grilo 2019).

Relativamente ao domínio da Gestão dos Cuidados, temos competências relacionadas com a gestão de cuidados de enfermagem, o adequado uso de recursos conforme as necessidades de cuidados com vista à melhoria do desempenho da equipa, adaptando o estilo de liderança à situação, contexto e finalidade, promovendo a qualidade nos cuidados OE (2010).

Como contributo para o desenvolvimento e aquisição desta competência, o modelo de liderança adotado pelos enfermeiros orientadores, bem como o reflexo na forma como abordam e motivam a respetiva equipa.

Num primeiro momento de ensino clínico, fui supervisionada por uma orientadora jovem e extremamente expansiva e dinâmica, adotando uma postura rigorosa, informal, com grande proximidade afetiva com a equipa, enquanto que num segundo momento, fui supervisionada por um enfermeiro jovem igualmente dinâmico, que adotava uma postura mais reservada junto da equipa através da sua calma e serenidade, mas não menos exigente, tendo sido evidente que mediante o contexto e a situação, diferentes tipos de abordagens com diferentes posições podem igualmente salvaguardar cuidados de enfermagem com qualidade e motivar a equipa.

Outra situação que facilitou a aquisição destas competências foi a possibilidade de estar presente, e em algumas participar, em reuniões multidisciplinares, das quais fazem parte elementos das diferentes equipas (enfermeiro especialista, enfermeiro chefe, médicos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e terapeuta da fala) e onde são discutidas problemáticas como: o grau de participação do doente nos cuidados; o conhecimento adquirido da pessoa relativamente ao seu processo de doença e/ou recuperação; planos para alta hospitalar; abordagens terapêuticas; dificuldades sentidas pelo doente, etc. possibilitando uma transição segura para o domicílio e demonstrando uma vertente da gestão de cuidados que visa a qualidade da alta hospitalar antecipada.

Tendo isto em conta há que reconhecer que a atuação do EEER é fundamental, direcionando a equipa, promovendo a continuidade dos cuidados e mapeando o processo de reabilitação logo após a admissão do doente, permitindo assim a maximização da capacidade sua funcional, possibilitando uma adaptação à sua situação atual e fomentando uma recuperação rápida e uma reintegração social, contribuindo assim para ganhos na funcionalidade e na redução da limitação da atividade, capacitando o doente para a independência e melhor qualidade de vida (Guerra, 2021).

Por fim, o domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, está diretamente ligado à capacitação do uso de estratégias de aquisição de novos conhecimentos enquanto pessoa e enfermeiro, que permitam o reconhecimento das características que se revelam indutoras de perturbação na relação com o doente/família e com a equipa multidisciplinar; do conhecimento dos limites e capacidades pessoais, mantendo e desenvolvendo a objetividade e a transparência (OE, 2010) contribuindo assim para o desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo como forma de otimização de cuidados e sustentação de tomada de decisão segura.

O estágio acaba assim por ser o momento de excelência para o desenvolvimento deste domínio, uma vez que sob a orientação quer da escola através da figura do professor orientador, quer do enfermeiro Tutor, o aluno dá resposta aos vários momentos em que é obrigado a questionar as suas práticas, procurar conhecimento científico e de forma estruturada dar resposta ao problema ou nova situação.

Desde o momento inicial de preparação para o estágio, até ao final onde inclusivamente redigimos um documento final e refletimos sobre as nossas práticas, considero que estamos constantemente a desenvolver este domínio.

4.2. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação

O enfermeiro de reabilitação tem como objetivos a melhoria da função, a promoção da independência e a maior satisfação da pessoa, de forma a preservar a autoestima. É através de técnicas específicas de reabilitação que o EEER intervém ao nível da educação das pessoas e suas famílias, garantindo o direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2010).

Segundo o Regulamento nº. 392/2019 (2019) existem três competências específicas ao EEER sendo elas o Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; a Capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e a Maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A formação em enfermagem de reabilitação tem como objetivo a aquisição de técnicas específicas de enfermagem de reabilitação de forma que estas sejam consolidadas e desenvolvidas durante o contexto de prática clínica.

A realização e implementação do projeto de estágio, bem como os planos de cuidados realizados no decorrer dos ensinamentos clínicos, contribuem para a consolidação e a aquisição das competências anteriormente enumeradas, promovendo a correta planificação dos cuidados de reabilitação, o desenvolvimento de competências no âmbito do ensino e a capacitação para o autocuidado da pessoa, sua família e seus cuidadores informais.

Desde o primeiro momento, de início da realização do projeto e planos de intervenção, é necessário fazer um levantamento das necessidades da pessoa/família, com intervenções específicas, individualizadas, capazes de dar resposta às situações problema. Permitindo assim a prestação de cuidados à pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2010).

Estas avaliações e monitorizações são constantes, sendo sempre adaptadas e alteradas conforme a necessidade da pessoa/família, tendo em vista a sua autonomia e preparação para a alta hospitalar segura. Apesar de não ser possível, devido à atual Pandemia COVID realizar um acompanhamento das famílias e respetivas alterações no domicílio, foi possível, junto do doente, desenvolver momentos de ensinamentos de alterações e adaptações tendo em conta a sua nova realidade e contribuindo assim para um aumento da sua literacia em saúde.

De forma a identificar as situações problema (riscos ou alterações da funcionalidade) anteriormente referidas torna-se essencial o recurso a escalas e instrumentos de medida. Segundo Sousa et al. (2021) um instrumento para a avaliação de determinada função recai sobre as características do mesmo, devendo este ser válido, fiável, reprodutível, responsivo e sensível à mudança, capaz de indicar alterações clínicas relevantes, de forma a quantificar e traduzir a efetividade dos cuidados de enfermagem.

No decorrer dos ensinos clínicos, foram utilizadas algumas escalas, refletindo a diversidade de focos de enfermagem e justificando intervenções a vários níveis, exemplos delas são as escalas/instrumentos: Índice de Barthel (Araújo et al., 2007), Escala Numérica para Avaliação de Dor (DGS, 2003), Goniometria e House-Brackmann Grading System (OE, 2016), que são abordadas em diferentes contextos ao longo deste documento.

Através da intervenção do EEER, e com o recurso à implementação dos planos de treino contidos nos planos de cuidados, foi possível a realização da alta antecipada, garantindo a continuidade de cuidados, tendo em vista a capacitação da pessoa/família. Estes planos de treino permitiam também uma melhor adaptação à nova realidade, com diminuição das possíveis dificuldades sentidas no domicílio. Esta recuperação ou manutenção da funcionalidade e qualidade de vida, é promotora de uma reinserção e exercício da cidadania (OE, 2011).

Outra competência específica do EEER refere-se à maximização da funcionalidade, através do desenvolvendo das capacidades da pessoa, (OE, 2011), como já foi explanado anteriormente, a maximização da funcionalidade está intimamente ligada ao processo de deteção de necessidades, realização do plano de cuidados, envolvendo a pessoa e tendo em conta os seus objetivos, e constante monitorização e reajustes, se necessário.

Durante todo o estágio tive oportunidade de desenvolver esta competência, na valência do doente ortopédico cirúrgico e do doente de AVC, auxiliando e acompanhando as pessoas neste processo de maximização das suas funcionalidades.

4.3. Competências De Mestre Em Enfermagem

A aquisição das competências de mestre em enfermagem é no fundo a aquisição conjunta das competências referidas anteriormente, de enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista em reabilitação. Este estágio é fulcral para a aquisição destas competências, através mobilização e aquisição dos novos conhecimentos, para as situações de estágio bem como a constante necessidade de fundamentação teórica para apoio da prática clínica segura. A realização de documentos, com informação científica atual é uma ferramenta essencial para a disseminação do conhecimento e da literacia em saúde, e por consequência fomenta um aumento da qualidade dos cuidados prestados pelo EEER.

Apoiando no decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Decreto-Lei n.º.65/2018) onde tem que através da investigação com base na prática e em conhecimentos previamente adquiridos, o mestre deverá ter capacidade para: desenvolver e aprofundar conhecimentos; colocar em prática conhecimentos com vista à compreensão e resolução de problemas, sendo estes familiares ou não; demonstrar capacidade de integrar conhecimentos apreendidos ou novos por forma a lidar com situações com grau de complexidade superior, refletindo sobre as implicações sociais e éticas que possam delas emergir, com vista à apresentação de soluções; comunicação clara, transmissão de conclusões, conhecimentos e raciocínios elaborados a todas as áreas e graus académicos; e demonstrar competências que permitam um contínuo de aprendizagem não limitado pelo percurso académico, mas fundamentalmente de iniciativa autónoma e auto-orientada.

Uma das etapas distintas para a aquisição das competências de mestre reflete-se na realização do projeto de intervenção, caracterizado pelas suas várias etapas, nomeadamente a construção, implementação, avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação e posterior disseminação de

informação. O projeto de intervenção realizado e respetiva investigação incidem sobre o foco de enfermagem: deglutição, paresia e dor.

CONCLUSÃO

Apesar deste projeto se centrar num caso de estudo, durante o estágio final outros sujeitos com paresia central foram alvo do programa de reabilitação da PFC. A intervenção do EEER contribuiu diretamente para uma diminuição das consequências imediatas do AVC e potenciou a capacitação dos sujeitos. Tendo sido possível identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com PFC.

Durante o decorrer deste estágio foi possível adquirir e desenvolver competências comuns ao enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre em Enfermagem na área da neurologia, outros contextos, igualmente relevantes, nomeadamente na área da reabilitação respiratória e ortopedia.

A ação do EEER foi precoce e contínua. Através da elaboração de um projeto de intervenção na área da Enfermagem de Reabilitação direcionado para a pessoa com PFC, tendo como referencial basilar o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Intervindo ao nível da capacitação dos sujeitos, em contextos complexos familiares e domiciliários, de forma a contribuir para um percurso de sucesso para os sujeitos e família.

Apesar da conjuntura do país mostrar uma realidade cada vez mais desafiante para os enfermeiros, podendo mesmo dificultar e/ou impossibilitar a prestação do EEER em exclusivo na área da reabilitação, é urgente mudar a forma como a gestão de recursos humanos hospitalar olha para o EEER. Este tem o

potencial para diminuir os custos institucionais e pessoais, que se repercutem no aumento da qualidade de vida em cada sujeito alvo dos seus cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, AR. (2020). The effect of rehabilitation nursing program on emotional well-being of patients with Bell's palsy. *Journal of Physical Therapy Science*, 32(4), 508-511.

Alligood, MR. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

American Association of Neuroscience Nurses. Scope and standards of neuroscience nursing practice. retirado de [https://www.aann.org/docs/default-source/practice/scopes-and-standards/scopes-and-standards-of-neuroscience-nursing-practice-\(2nd-ed\).pdf](https://www.aann.org/docs/default-source/practice/scopes-and-standards/scopes-and-standards-of-neuroscience-nursing-practice-(2nd-ed).pdf) em 20-12-2021.

American Heart Association. (2014). Heart disease and stroke statistics-2014 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 129(3), p.28-292. Retirado de <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.0000441139.02102.80> em 18-11-2021.

Araújo, F, Ribeiro, JLP, Oliveira, A & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. p. 59-66.

Batista, K. (2011). Paresia facial: análise epidemiológica em hospital de reabilitação. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. Retirado de <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/yKPjVRpLbc9VvvmL9tjmgNn/?lang=en> em 22-12-2012.

Bibliotecas da Universidade de Aveiro. (2021). FAQs: referências segundo o estilo APA 7th. Disponível em: <https://www.ua.pt/file/62638>

Borod, JC, Welkowitz, J, Alpert, M & Seltzer, B. (2014). Facial muscle strength and range of motion in hemiplegia following stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(8) p.671-679.

Brach, JS & Van Swearingen, JM. (1999). Physical therapy for facial paralysis: a tailored treatment approach. *Apr*;79(4) p.397-404.

Correia, C, Barbosa, L, Rebelo, L, Alves, M, Pinho, N & Magalhães, B. (2019). O treino proprioceptivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas: scoping review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*. p. p 66-77.

De Rijke, J. (2019). Capacitation-based intervention for community-dwelling stroke survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(8), p. 2454-2462.

Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. Publicação Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13. p. 3159 – 3191

Decreto-Lei n.º 65/2018. Publicação Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 - 4182

Direção Geral de Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Portugal. p.7

Direção Geral de Saúde. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor.

Elshafie, HA, Abou-El-Ela, NA & El-Gohary, M. (2020). The effect of rehabilitation nursing on quality of life in patients with Bell's palsy: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), 243-249.

Fabricius, J, Kothari, SF & Kothari, M. (2021). Assessment and rehabilitation interventions for central facial palsy in patients with acquired brain injury: a systematic review. *Brain Injury*. p.511–519.

Feigin, VL, Forouzanfar, MH, Krishnamurthi, R, Mensah, GA, Connor, M, Bennett, DA, ... & Naghavi, M. (2014). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet*, 383(9922), p.949-959

Ferreira, RF, Fernandes, MA, Reis, G, Fonseca, C, Sousa, L, Grilo, E, Bule, MJ & Vieira, JV. (2021). Estágio Final – Planeamento De Atividades. Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação.

Ferro, J & Pimentel, J. (2013). *Neurologia Fundamental - Princípios, Diagnóstico E Tratamento*. 2.^a Edição. Lidel. SBN: 978-972-757-858-0

Fortin, MF. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa. Lusodidacta.

Gao, Y, Wang, X, Chen, J & Wang, L. (2019). Wearable sensor and mobile app-based rehabilitation improves participation in daily living and social activities in stroke survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), e13105. Retirado de <https://doi.org/10.2196/13105> em 12-11-2021.

GBD 2016 Stroke Collaborators. (2019). Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 18 p. 439–458.

Guerra, N. (2021). *Dotações seguras na Gestão de Cuidados a Pessoas com Doença Aguda*. Lusodidacta. p.225-232

Hwang, JY, Kim, EK & Lee, JH. (2016). The effectiveness of a multidisciplinary intervention for patients with central facial palsy: A randomized

controlled trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(9), p. 2322-2327

Instituto Nacional de estatística. (2017). Projeções de População Residente em Portugal: 29 de março de 2017.

Jong, MPM, Verdoorn-Van der Zee, EHM & Tan, LLK. (2014). The effect of facial physiotherapy on swallowing in patients with facial paralysis. *Dysphagia*, Vol. 29, No. 3, p. 270-276.

Khan, H & Ahmed, N. (2020). Rehabilitation for central facial palsy: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(6), p.405-413.

Khan, A, & Hedayati, N. (2019). Interventions for facial nerve paralysis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 72(8), 1221-1232. Retirado de doi:10.1016/j.bjps.2019.03.015 em 17-12-2021

Kim, CH, Lee, JY & Hong, JY. (2015). The effect of rehabilitation on functional outcomes and psychological well-being in patients with central facial paralysis. *Disability and Rehabilitation*, 37(24), p. 2257-2263.

Kim, JH & Kim, SH. (2018). The effectiveness of a speech therapy program for patients with central facial palsy: A randomized controlled trial. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(5), p.443-450.

Kim, JS, Park, HS & Kim, JH. (2018). Effect of rehabilitation on facial expression, oral competence, and quality of life in patients with central facial paralysis after stroke: A randomized controlled trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(6), p.1672-1678.

Konecny, P, Elfmark, M, Horak, S, Pastucha, D, Krobot, A, Urbanek, K & Kanovsky, P. (2014). Central facial paresis and its impact in mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. *Biomed Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc Czech Republic*. p. 133

Laffey, JG, Bellani, G, Pham, T, Fan, E, Brochard, L, Esteban, A, ... & Lorusso, R. (2016). Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Intensive care medicine*, 42(2), p.131-141.

Lazarini, PR, Fernandes, AMF, Brasileiro, VSB & Custodio, SEV. (2002). Peripheral Facial Paralysis of brainstem origin: A clinical case description. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(1) p. 140-144 DOI:10.1590/S0034-72992002000100024.

Lindsay, RW, Robinson, M & Hadlock, TA. (2010). Comprehensive Facial Rehabilitation Improves Function in People With Facial Paralysis: A 5-Year Experience at the Massachusetts Eye and Ear Infirmary. *Physical Therapy*, 90(3), 391-397. Retirado de <https://doi.org/10.2522/ptj.20090176> em 13-01-2021.

Lyden, PD, Lu, M, Levine, SR, Brott, TG & Broderick, J. (2001). A modified National Institutes of Health Stroke Scale for use in stroke clinical trials: preliminary reliability and validity. Retirado de DOI: 10.1161/01.str.32.6.1310 em 06-10-2021

Magnusdottir, AG. (2020). Rehabilitation with focus on capacitation versus traditional rehabilitation for patients with stroke: A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), p. 307-314.

Manikandan, N. (2007). Effect of facial neuromuscular re-education on facial symmetry in patients with Bell's palsy: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 21, p.338-343. Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Manikandan_Natarajan5/publication/6223490_Effect_of_facial_neuromuscular_reeducation_on_facial_symmetry_in_patients_with_Bell%27s_palsy_A_randomized_controlled_trial/links/02e7e5327c6a7b8d00000000/Effect-of-facial-neuromuscular-re-education-on-facial-symmetry-in-patients-withBells-palsy-A-randomized-controlled-trial.pdf em 20-09-2021.

Matheis, C & Stöggel, T. (2017). Strength and mobilization training within the first week following total hip arthroplasty. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. retirado de <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.06.012> em 04-09-2021

Matos, C. (2011). Paresia Facial Periférica: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Ata Médica Portuguesa*. p.907 - 908

Mendes, R, Nunes L, Pinho JA, Gonçalves R. (2018). Organização dos cuidados de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. p.57-63.

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

Miyamoto, S, Ozawa, H & Okamoto, M. (2017). Rehabilitation of patients with central facial palsy after stroke. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : The Official Journal of National Stroke Association*, 26(5), p.1051-1056.

Monteiro, A, Oliveira, C, Pereira, C, Almeida, J, Santos, J, Damas, P, David, S & Cardoso, T. (2013). *A oculta face do coma. O despertar do desconhecido*. Lisboa, Lusociência.

Morris, CL & Smith, JWE. (2014). Facial paralysis rehabilitation: a systematic review. *The Laryngoscope*, Vol. 124, No. 2, p. 366-377

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2019). Facial nerve disorders. Retirado de <https://www.ninds.nih.gov/disorders/all-disorders/facial-nerve-disorders-information-page> em 03-09-2021

Nellis, JC, Ishii, M & Byrne, P. (2017). Association Among Facial Paralysis, Depression, and Quality of Life in Facial Plastic Surgery Patients - *JAMA Facial Plastic Surgery*. p. 190-196

Niraj, G, Panda, N, Singh, M & Kaur, T. (2016). Central facial palsy: An update. *Neurology India*, 64(4), p.635-643

Nunes, L. (2010) Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem – Uma Exploração da Natureza e Atributos dos Peritos e dos Processo de Conhecimento de Enfermagem. *Revista Percursos*.

Nunes, L. (2018) *Para um Epistemologia de Enfermagem* (2ª edição). Loures. Lusodidacta.

Nunes, L. (2020) *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista *Ordem dos Enfermeiros*. p. 1-10.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros* p. 1-5

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*

Orem, E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6th edition. St.Louis, MO: Mosby.

Parse, RR. (1999). Nursing: The Discipline and the Profession *Nursing Science Quarterly*. p. 275-276.

Parsons, LM, Hunter, S & Smith, J. (2017). The effectiveness of rehabilitation for facial paralysis: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 31(6), p.772-788.

Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos*. ISBN: 978-989-8269-17-1

Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. 2019. Publicação Diário da República: II Série, nº26. 2019.

Regulamento n.º392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. 2019. Publicação Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, páginas 13565 - 13568

Rima, MD, Murali, R, Aisha, S & Aparna, S. (2008). Poststroke depression. Jan-Feb;15(1):13-21. doi: 10.1310/tsr1501-13

Rosendo, I & Santiago, LM. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. p. 244-250.

Santos, L. (2017). *O Processo de Reabilitação. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação À Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta. Loures. p.15-23.

Seeley, R, Stephens T & Tate P. (2011). *Anatomy and Physiology*. 7th Edition

Silva, LAGP & Mercês, NNA. (2018). Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(3):1194-7. Retirado de DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066> em 07-09-2021

Silva, M, Silva, M & Santos, J. (2013). Paralisia Facial e a Reabilitação. *NATIVA- Revista de Ciências Sociais do Norte de Mato Grosso*. p. 1-8.

Silva, P & Grilo, E. (2018). Reeducação Funcional da Pessoa com Deglutição Comprometida. Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*. p. 49- 59

Silva, P & Grilo, E. (2019). Deglutição Comprometida: Uma Abordagem de Enfermagem de Reabilitação. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*.

Slager, ME, Peters, JJWM & Huizing, MAC. (2019). The impact of facial paralysis on quality of life and depression: a systematic review. *The Laryngoscope*, 129(1), p.103-113.

Sousa, L, Martins, M & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. p.64-69.

Sousa, L, Novo, A, Ferreira, RF & Marques-Vieira, C. (2021). Avaliar para gerir a doença aguda: propriedades clinimétricas dos instrumentos e avaliação económica em enfermagem. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Baixinho, C.L. (Orgs). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (1a ed.). Lusodidacta. Sintra. p. 31-40

Stake, RE. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Stiller, K. (2013). Physiotherapy in intensive care: An updated systematic review. *National Library of Medicine* . p. 825-847 retirado de doi: 10.1378/chest.12-2930. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23722822/> em 07-06-2022

Stroke Alliance for Europe. (2018) *Plano de Acção para o AVC na Europa*. Bruxelas.

Takahashi, Y, Kato, S, & Ogawa, K. (2019). Rehabilitation for patients with central facial palsy after stroke: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(9), 631-639. Retirado de <https://doi.org/10.2340/16501977-2596> em 16-09-2021.

Tomey, M & Alligood, R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. 5ª Edição. Loures. Lusociência.

Türk, E, Kaya, A & Güllü, Ö. (2017). Rehabilitation of a patient with central facial palsy after stroke: A case report. *European archives of physical medicine and rehabilitation. Front Neurol.* 98(6), p.1023-1025. Retirado de doi: 10.3389/fneur.2020.00222 em 20-07-2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136559/>

van Harderwijk, KJR, Slager, ME, Peters, JJWM & Huizing, MAC. (2019). Depression and anxiety in patients with facial paralysis: a systematic review. *Plast Surg Nurs*, 39(1), p.34-40.

Vaughan, A, Gardner, D, Miles, A, Copley, A, Wenke, R & Coulson, S. (2020). A Systematic Review of Physical Rehabilitation of Facial Palsy. *Front Neurol* Retirado de DOI: 10.3389/fneur.2020.00222 em 03-08-2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136559/>

Vieira, J. (2017). *Mobilização Articular Precoce da Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva*. Relatório de Estágio. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Escola Superior de Saúde de Beja; Escola Superior de Saúde de Portalegre; Escola Superior de Saúde de Setúbal; Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. p.20

Wang, W, Li, L, Li, Y, & Zhang, X. (2019). Depression and anxiety in patients with facial paralysis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 77(5), p. 983-992. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.09.017> em 13-08-2021.

Welham, DS, Morris, CL & Smith, JWE. (2014). Facial paralysis: rehabilitation and management. *The Journal of Laryngology & Otology*, Vol. 128, No. 12, p. 1113-1121

Wilkinson, JM, Codipilly, DC & Wilfahrt, RP. (2021). Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *American Family Physician*. Elsevier. p. 97-106

World Health Organization (2019). *Stroke*. Retirado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke> em 13-08-2021

Yin, R. (2005). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Yoon, H, Lee, H, & Kim, Y. (2019). The effects of self-care education based on Dorothea Orem's self-care deficit theory on stroke patients with central facial palsy: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), p.858-867. Retirado de doi: 10.1111/jocn.14534 em 08-10-2021

Yoon, J, & Kim, Y. (2018). Effect of Orem self-care education on stroke patients with central facial palsy: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 24(6), e12667. Retirado de <https://doi.org/10.1111/ijn.12667> em 10-11-2021

Zhang, J & Chopp, M. (2015). Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 16(6), 13496-13529. Retirado de doi: 10.3390/ijms160613496 em 12-10-2021.

Zimmerman, C, Schütte, K & Becher, J. (2018). Capacitation-based rehabilitation nursing in stroke care: A systematic review. *Disability and rehabilitation*, 40(13), p.1483-1491.

Anexos

Anexo 1

Quadro resumo dos exercícios faciais e respectivos músculos alvo

Musculatura alvo	Exercícios pedidos à pessoa
Bucinador Músculo da borla do mento Orbicular do lábio	Aproximar e comprimir os lábios
Canino Depressor do lábio Levantador do lábio superior Levantador comum do lábio superior e da asa do nariz Músculo da borla do mento Orbicular do lábio Pequeno e grande Zigomático Quadrado do Mento Risorius de Santorini Subcutâneo do Pescoço	Sorrir, exageradamente, a mostrar os dentes
Risorius de Santorini; Triangular dos lábios.	Sorrir com os lábios juntos, sem mostrar os dentes
Bucinador; Orbicular do lábio.	Encher as bochechas de ar
Depressor do lábio Quadrado do mento Músculo da borla do mento Triangular dos lábios	Protrusão do lábio inferior

Anexo 2

Escala House Brackmann Grading System

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

Fonte:

Correia, T., Sampaio, M. J., Almeida, R., & Garrido, C. (2010). Paralisia Facial Periférica - Diagnóstico, Tratamento e Orientação. *Nascer E Crescer*, 19 (3), 155–160. Acedido a 1 de setembro de 2022. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a05.pdf>

Anexo 3

Escala Numérica da Dor

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Fonte: Direção Geral de Saúde. Comissão Nacional de Controlo da Dor - Dor como 5.º Sinal Vital. Lisboa 2011.

Disponível em : <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Dor-como-5-Sinal-Vital-Registo-sistematico-da-intensidade-da-Dor.pdf>

Anexo 4

Escala MECV-V



Escala completa em Fonte: Instituto EPAP (2016). Método Exploratório Clínico Volume- Viscosidade. Disponível em: <https://fdocumentos.tips/document/metodo-de-exploracao-clinica-volume-viscosidade-mecv-v.html?page=10>

Anexo 5

Escala National Institute of Health Stroke Score

N I H **ESCALA** **DE AVC**

INSTRUÇÕES **DE** **PONTUAÇÃO**

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correcta. Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma 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
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.	0 = Acordado; responde correctamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	_____
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.	0 = Responde a ambas as questões correctamente. 1 = Responde a uma questão correctamente. 2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.	_____
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.	0 = Realiza ambas as tarefas correctamente. 1 = Realiza uma tarefa correctamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente.	_____
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.	0 = Normal. 1 = 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. 2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.	_____

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

<p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p style="text-align: center;">_____</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 contracção 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 style="text-align: center;">_____</p>
<p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito</p>	<p style="text-align: center;">_____</p>
<p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna</p>	<p style="text-align: center;">_____</p>

N I H ESCALA DE AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

	<p>cã logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>5a. Membro Inferior Esquerdo</p> <p>5b. Membro Inferior Direito</p>	_____
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em 2 membros.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p>	_____
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.</p> <p>1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	_____
<p>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>	

N I H
ESCALA
DE AVC

INSTRUÇÕES
DE
PONTUAÇÃO

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

Você sabe como fazer.

Descida à Terra.

Cheguei a casa do trabalho.

Perto da mesa, na sala de jantar.

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

Lista para leitura no item 9. Melhor Linguagem.

5

Mamãe

Tic-Tac

Paralelo

Obrigado

Estrada-de-ferro

Jogador de futebol

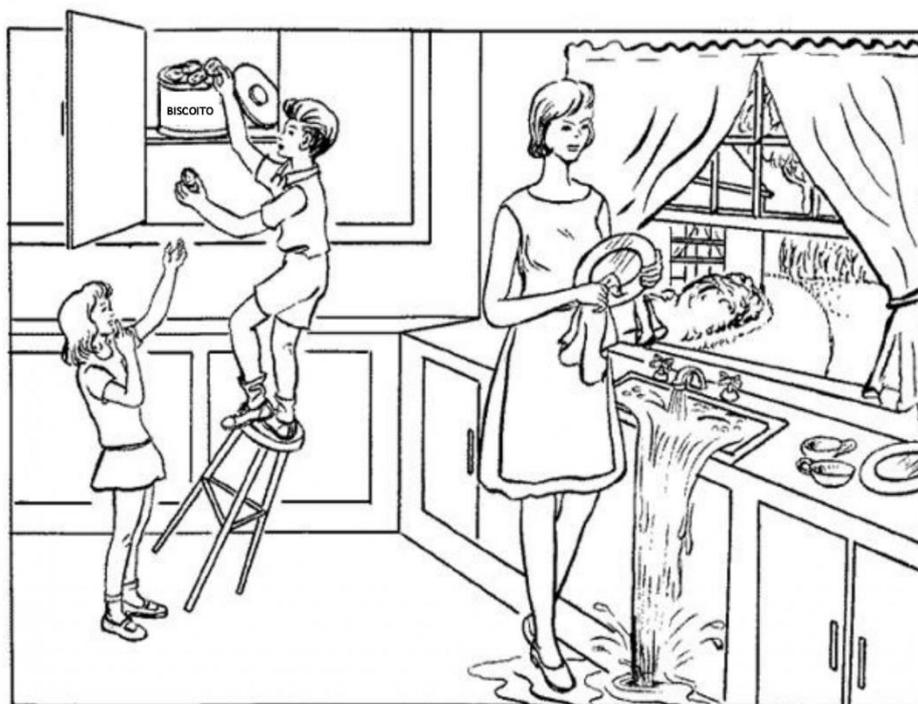
Lista de Palavras no item 10. Disartria.

6



Lista para Nomeção no item 9. Melhor Linguagem.

7



Copyright © 1983 by Lee & Fetig

Figura para o item 9. Melhor Linguagem.

7

Escala completa em Fonte: Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/1cGAYoFHWNhdeZzj1zRHCZZIFx3tyUxhy/view>