



**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**CONTRIBUTO DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE  
REABILITAÇÃO NA PESSOA COM PARÉSIA FACIAL**

**REALIZADO POR:**

**Margarida Sofia de Azevedo Abreu**

**Escola Superior de Saúde Atlântica**

**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Relatório de Estágio Profissionalizante**

**Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial**

Professora Orientadora: Mestre Helena Pestana

**Elaborado por:** Margarida Abreu nº 202230023

Barcarena, março de 2024

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Esta página foi intencionalmente deixada em branco.

“Esforçar-se por conduzir um corpo à norma, procede desse comportamento repulsivo cuja intenção dominante é o regresso a um estado anterior considerado normal. Em contrapartida, o comportamento propulsivo é o da normatividade. (...)”

Estas novas normas muito particulares a cada pessoa, correspondem a outros tantos pontos de referência importantes para se fazer caminho, para se encontrar um novo caminho.”

(Hesbeen, 2001, p. 23)

## **AGRADECIMENTOS**

A todo o corpo docente do mestrado, em particular aos orientadores, professora Helena Pestana e professor Nelson Guerra e ao coordenador, professor doutor Luís Sousa, por terem sido bússolas neste caminho de novas aprendizagens.

Aos supervisores nos locais de estágio, enfermeira Ana Sanches, enfermeiro Amílcar Alves e enfermeira Cidália Antunes, pela generosidade na partilha de conhecimento e por me terem permitido a ser autêntica nos contextos.

Aos colegas de curso e de trabalho pelo incentivo contínuo, colaboração e boa disposição.

Aos meus “próximos” por todo o apoio, ajuda e compreensão nos momentos de maior dificuldade e na ausência sentida.

A minha sincera e reconhecida gratidão a todos vós.

## RESUMO

**Enquadramento:** Este relatório reforça a importância do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na recuperação da pessoa com parésia facial e deglutição comprometida, em resposta à prevalência de doenças cerebrovasculares como o acidente vascular cerebral. Trabalho de final de curso, desenvolvido durante o estágio profissionalizante num serviço de medicina interna no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação.

**Objetivo:** Refletir e analisar criticamente sobre as experiências práticas de forma a demonstrar a aquisição de competências comuns regulamentadas para os enfermeiros especialistas, competências específicas dos EEER e grau de mestre em enfermagem.

**Metodologia:** Foi utilizado um método descritivo, com recurso à análise crítico-reflexiva, revisão de literatura e pesquisa bibliográfica. Ao longo do estágio foi ainda realizado um estudo de caso cujo tema é o “contributo de um programa de reabilitação na pessoa com parésia facial periférica”, tendo sido o mote para a temática em desenvolvimento neste relatório.

**Resultados:** O estágio, enquanto oportunidade do exercício prático, e o relatório, pela sua potencialidade de reflexão sobre a ação, contribuíram para demonstrar a capacidade de realizar avaliações especializadas, de desenvolver planos de cuidados e programas personalizados e de reavaliação sistemática da sua eficácia. Este processo de tomada de decisão, foi feito através de uma gestão eficiente dos recursos, de tempo e de casos complexos, pela necessidade de priorização das necessidades identificadas. A variedade dos estágios traduziu-se numa eficaz adaptação em diferentes contextos. As competências em investigação adquiridas, permitiram aprofundar a capacidade de pesquisa e utilizar a evidência científica para informar as decisões e estimular reflexões críticas sobre a prática de cuidados, orientada pelo rigor, qualidade e segurança. A abordagem multidisciplinar, contribuiu para um cuidado holístico e centrado na pessoa. Por fim, entende-se a necessidade de desenvolvimento profissional contínuo ao longo do exercício da especialidade.

**Conclusão:** A experiência do estágio e a análise reflexiva sobre a prática contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional, aquisição das competências mencionadas e para a formação de uma identidade enquanto futura EEER.

**Palavras-chave:** enfermagem de reabilitação; paralisia facial periférica; acidente vascular cerebral; compromisso da deglutição; estudo de caso.

## **ABSTRACT**

**Background:** *This report reinforces the importance of the nurse specialist in rehabilitation nursing in the recovery of people with facial paresis and impaired swallowing, in response to the prevalence of cerebrovascular diseases such as stroke. Final course work, developed during the professional internship in an internal medicine service as part of the master's degree in rehabilitation nursing.*

**Objective:** *To reflect and critically analyze practical experiences in order to demonstrate the acquisition of common competencies regulated for specialist nurses, specific nurse specialist in rehabilitation nursing competencies and a master's degree in nursing.*

**Methodology:** *A descriptive method was used, using critical-reflective analysis, literature review and bibliographic research. Throughout the internship, a case study was also carried out, the theme of which was the "contribution of a rehabilitation program for people with peripheral facial paresis", which was the motto for the theme under development in this report.*

**Results:** *The internship, as an opportunity for practical exercise, and the report, due to its potential for reflection on action, contributed to demonstrating the ability to carry out specialized assessments, to develop personalized care plans and programs and to systematically reassess their effectiveness. This decision-making process was done through efficient management of resources, time and complex cases, due to the need to prioritize identified needs. The variety of internships resulted in effective adaptation in different contexts. The research skills acquired allowed us to deepen our research capacity and use scientific evidence to inform decisions and stimulate critical reflections on the practice of care, guided by rigor, quality and safety. The multidisciplinary approach contributed to holistic, person-centered care. Finally, the need for continuous professional development throughout the practice of the specialty is understood.*

**Conclusion:** *The internship experience and the reflective analysis of the practice contributed to personal and professional development, acquisition of the aforementioned skills and the formation of an identity as a future nurse specialist in rehabilitation nursing.*

**Keywords:** *rehabilitation nursing; peripheral facial paralysis; stroke; impaired swallowing; case study.*

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	16
1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade .....	17
1.2. Serviço de Medicina Interna .....	18
2. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA.....	20
2.1. Dados epidemiológicos e problemática.....	20
2.2. Definição de conceitos .....	21
2.3. Intervenção do EEER à pessoa com parésia facial .....	23
2.3.1. Intervenção do EEER à pessoa com compromisso da deglutição .....	27
2.4. Teoria das transições de Afaf Meleis.....	33
2.5. Espírito da reabilitação de Walter Hesbeen .....	35
2.6. Cuidados centrados nas pessoas .....	37
2.7. Implicações para a prática da enfermagem.....	38
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....	39
3.1. Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.....	39
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação .....	55
3.3. Grau de mestre .....	63
4. ANÁLISE SWOT.....	65
CONCLUSÕES .....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Matriz SWOT.....	68
-----------------------------	----

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

FITT-VP – Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo, Volume e Progressão

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

HBGS – *House-Brackmann Grading System*

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

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

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

## **ANEXOS**

Anexo I – *House-Brackmann Grading System*

Anexo II – *Gugging Swallowing Screen*

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Cronogramas dos estágios

Apêndice II – Plano de atividades do estágio profissionalizante

Apêndice III – Metodologia da revisão integrativa da literatura

Apêndice IV – Tabela síntese: Programas de reabilitação dos músculos faciais apurados pela revisão da literatura

Apêndice V – Estudo de caso

Apêndice VI – Plano de sessão formativa

Apêndice VII – Diapositivos da ação de formação

Apêndice VIII – Questões para avaliação do conhecimento dos formandos

Apêndice IX – Questionário de avaliação da ação de formação

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do estágio profissionalizante, realizado no segundo ano do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação (ER), decorrente nos anos letivos 2022/2023 e 2023/2024, pela Escola Superior de Saúde Atlântica. O estágio teve a duração de 16 semanas, de 11 de setembro de 2023 a 11 de janeiro de 2024, considerando as interrupções decorrentes dos períodos de férias letivas.

O estágio profissionalizante foi realizado num serviço de internamento de medicina, destinado ao internamento de adultos e idosos com elevada comorbilidade e necessidades de cuidados complexos, que se veio a verificar numa mais valia para a prática, ao longo do percurso de aprendizagem. Os EEER neste contexto têm um papel ativo, cuja prioridade consiste na prevenção de incapacidades e máxima recuperação das pessoas hospitalizadas, quer em situações agudas como em casos de descompensação de doença crónica.

Estes profissionais contribuem para a avaliação das necessidades das pessoas, planeamento e implementação de estratégias personalizadas e diferenciadas que promovem a recuperação, readaptação e reeducação funcional, o bem-estar e o autocuidado, prevenção de complicações e consequente promoção da saúde e satisfação das pessoas. Os EEER trabalham em colaboração com a equipa multidisciplinar, garantindo uma abordagem integrada e centrada da pessoa, essencial para o sucesso do tratamento e otimização dos resultados em saúde. Percebe-se a presença dos EEER como vantajosa neste contexto, traduzindo-se na melhoria contínua dos cuidados de saúde.

O presente relatório surge pela necessidade de apresentar um documento que demonstre o processo de aquisição de competências ao longo do percurso enquanto estudante do mestrado em ER. Neste sentido, foi definido como objetivo geral: refletir e analisar criticamente sobre o percurso formativo ao longo do curso de mestrado em ER, no período já identificado, de forma a adquirir as competências regulamentadas no perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEER e as competências de mestre em enfermagem.

Este objetivo foi alcançado por meio do estabelecimento de objetivos específicos orientadores das atividades propostas durante o estágio profissionalizante, relacionados com as várias dimensões do processo de aprendizagem e agrupadas pelos domínios e competências que se pretendem atingir, que se enumeram:

Agir de acordo com o código deontológico do enfermeiro e refletir criticamente sobre situações práticas que envolvem os princípios éticos e deontológicos em ER;

Contribuir para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados no local de estágio;

Gerir eficazmente os cuidados do âmbito da ER ao longo do estágio;

Analisar continuamente o percurso desenvolvido em estágio, com vista a aquisição das competências legisladas com base numa prática intencional, refletida e suportada na evidência científica;

Implementar planos/programas de ER personalizados em diferentes contextos e processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e técnicas terapêuticas) com base nas necessidades identificadas e preferências de cada pessoa;

Implementar planos/programas de ER personalizados em diferentes contextos e processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e técnicas terapêuticas) com vista a promoção da autonomia da pessoa e cuidadores;

Implementar programas de reabilitação com o objetivo de promover a funcionalidade da pessoa e reavaliar os seus resultados.

Os objetivos foram orientadores de uma prática estruturada, produtiva e reflexiva sobre as necessidades de aprendizagem.

A metodologia utilizada é descritiva, com recurso à análise crítico-reflexiva, revisão da literatura e pesquisa bibliográfica.

O documento está organizado em 4 capítulos. Começa pela apreciação aos contextos de estágio realizados ao longo do plano de estudos do mestrado, pelo contributo da prática e experiência de ambos os contextos na consolidação de aprendizagens e aquisição de competências que se expõem neste relatório.

Segue-se o enquadramento teórico, onde são definidos os conceitos e apurados dados epidemiológicos relacionados com a problemática que deu origem ao tema do relatório. Procura-se expor o contributo da intervenção do EEER na pessoa com parésia facial. Neste capítulo, é também apresentado o referencial teórico escolhido para orientar a prática e fundamentar a análise crítico-reflexiva do percurso de aprendizagem, utilizando a Teoria das

Transições de Afaf Meleis para interpretar as situações identificadas. De forma complementar, é integrada uma reflexão baseada na leitura da perspetiva de cuidados de reabilitação de Walter Hesbeen, presente no livro *“A Reabilitação – Criar novos caminhos”*. Este autor teve um importante contributo na minha trajetória e na construção da minha identidade como futura EEER, promovendo o espírito da reabilitação, que foi apropriado e transferido para os cuidados prestados nos contextos de estágio.

O terceiro capítulo corresponde à análise crítico reflexiva das competências adquiridas por meio da prática, estruturando-se os subcapítulos de acordo com o objetivo geral ao qual se visa responder, pelo Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns do enfermeiro especialista, Regulamento n.º 392/2019 das competências específicas em ER e o disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018 relativo à obtenção do grau de mestre. O percurso de aquisição das competências mencionadas é exposto de forma descritiva e fundamentado nos documentos legisladores e orientadores da profissão como o código deontológico do enfermeiro, os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, normas e programas nacionais e com base na evidência científica, consolidando e comprovando o raciocínio e método inerente ao processo de tomada de decisão em ER.

No capítulo seguinte, é realizada uma análise SWOT, através da identificação de fatores facilitadores e inibidores internos e externos, designados como forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, percecionados ao longo do percurso formativo.

Por último, as conclusões relevam a importância da prática reflexiva no percurso de aquisição de competências ao longo do mestrado, são identificadas implicações e recomendações para a prática futura, nomeadamente necessidades de investigação e sugestões de continuidade do estudo.

## **1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

Ao longo do curso de mestrado em ER, realizei estágios em dois contextos distintos.

O primeiro estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ao longo de 12 semanas. Esta experiência foi fundamental para compreender a importância do acompanhamento à pessoa, que deve ser contínuo, na articulação e transição entre o meio hospitalar e comunitário, já que é na comunidade que a pessoa e família se confrontam com as necessidades e dificuldades no desempenho de atividades de vida diária (AVD) no seu quotidiano. Permitiu ainda a promoção de uma abordagem multidisciplinar e uma visão holística dos cuidados.

Já no segundo ano do curso, o estágio profissionalizante decorreu em ambiente hospitalar, num serviço de internamento de medicina interna, com duração de 16 semanas, onde tive oportunidade de aprofundar o conhecimento e prática em ER. Este contexto já me era familiar devido à minha atividade laboral, o que facilitou a minha integração, mas exigiu o exercício de trocar a lente dos cuidados gerais para os cuidados especializados em ER.

Numa perspetiva de continuidade e complementaridade serão integradas reflexões decorrentes de ambas as experiências e da sua relevância na formação adquirida enquanto estudante do mestrado em ER ao longo do presente relatório. As atividades realizadas nos estágios e respetiva duração, podem ser visualizadas no cronograma disponível no apêndice I. O plano de atividades construído no estágio profissionalizante pode ser consultado no apêndice II.

Neste capítulo são apresentados ambos os contextos, por meio da descrição de recursos humanos, físicos e materiais, circuito e tipologia de doenças mais prevalentes, método de trabalho, o papel do EEER e projetos em vigor da sua área de competência e intervenção.

### **1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade**

O estágio comunitário decorreu numa UCC, que no início deste pertencia a um Agrupamento de Centros de Saúde. No entanto, devido a alteração legislativa na organização do serviço nacional de saúde, à data da elaboração deste relatório a mesma instituição passou a integrar uma Unidade Local de Saúde (ULS) (Decreto-Lei n.º 102/2023).

A UCC é uma unidade com autonomia de gestão que tem como missão melhorar a saúde da população da sua área geográfica de intervenção através da prestação de cuidados de saúde primários de qualidade, pela promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e suporte familiar, numa abordagem holística e multidisciplinar na assistência à pessoa (Despacho n.º 10142/2009).

A equipa multiprofissional da UCC inclui uma equipa de enfermagem composta por 10 enfermeiros, com 2 EEER a exercer as funções da especialidade. Os EEER integram a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na prestação de cuidados domiciliários a pessoas admitidas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e o método de trabalho é em equipa.

A referenciação da pessoa à ECCI pode ser feita através da RNCCI ou da respetiva unidade de saúde e deve garantir que a pessoa corresponde aos critérios de inclusão previstos, confirmados por uma primeira visita domiciliária que conta com avaliação de enfermagem, médica e social (Portaria nº50/2017).

Os EEER neste contexto, promovem a autonomia e a qualidade de vida, dando resposta às necessidades globais da pessoa doente e não da doença (Marvanejo, 2017), por meio de uma avaliação especializada e implementação de programas personalizados de ER às diversas situações. Para além da sua atuação em contexto domiciliário, os EEER dão continuidade ao acompanhamento das pessoas admitidas na rede em ambulatório, no ginásio da UCC.

De realçar ainda a intervenção dos EEER num projeto que funciona em parceria e de forma multidisciplinar com a consulta de pneumologia do hospital de referência da área geográfica da UCC, destinado a pessoas com patologias respiratórias crónicas. Os EEER, na consulta de saúde respiratória, visam capacitar a pessoa para uma adequada autogestão da doença, aumentar a resistência ao exercício, prevenindo agudizações e demonstrando assim os benefícios a longo prazo da reabilitação respiratória (OE, 2018a).

## **1.2. Serviço de Medicina Interna**

O estágio profissionalizante decorreu num serviço de internamento de medicina em meio hospitalar. À semelhança do referido para o contexto anterior e pelo mesmo motivo, à data de início do estágio o hospital pertencia a um centro hospitalar, passando a integrar uma ULS (Decreto-Lei n.º 102/2023).

A lotação do serviço é de 21 camas e destina-se ao internamento de adultos e idosos, verificando-se um predomínio da faixa etária geriátrica com múltiplas doenças crónicas, resultando em elevada comorbilidade. A maioria das pessoas admitidas têm proveniência do Serviço de Urgência Central e, em menor escala, das consultas de medicina ou de outras especialidades, de outros serviços da instituição, como a hospitalização domiciliária, e ainda transferência de outros hospitais, traduzindo a variedade e complexidade dos casos neste contexto. São identificadas como patologias mais frequentes, pneumonias adquiridas na comunidade, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca (Ministério da Saúde, 2016).

Também este serviço conta com uma equipa multiprofissional que coopera, articula e gere cuidados em função das pessoas internadas. A equipa de enfermagem é constituída por 1 enfermeira gestora, 2 EEER a exercer funções da especialidade e 16 enfermeiros generalistas. O método de trabalho é individual.

De realçar no espaço físico adaptações às necessidades de reabilitação, com áreas de convívio e corredores com espelhos de corpo e barras de apoio fixas/corrimão, também estes presentes nos sanitários, e vasta diversidade de materiais e dispositivos disponíveis, que facilitam a mobilidade e promovem a independência funcional e interação social.

Neste contexto, os EEER desempenham um papel fundamental na avaliação, no acompanhamento e reabilitação das pessoas hospitalizadas. Como resultados esperados pela sua atuação, são identificadas a melhoria da mobilidade e independência funcional, diminuição do tempo de internamento, preparação e transição segura entre o ambiente hospitalar e domiciliário, promovendo a continuidade e integração dos cuidados, prevenção de complicações e consequente redução da taxa de reinternamentos e melhoria da qualidade de vida em pessoas com necessidades de saúde complexas (Domingos & Veríssimo, 2014).

Os EEER são também responsáveis pela supervisão da qualidade e segurança dos cuidados prestados e pela formação contínua, no âmbito da sua área de competência, à restante equipa.

Estas ações perspetivam e contribuem, uma vez mais, para a atualização de conhecimentos e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Por último, um projeto em vigor particular neste serviço nomeado “Impacto do internamento hospitalar na funcionalidade da pessoa idosa: Projeto de Intervenção para promoção do Cuidado de Si”, cujo objetivo principal consiste em restabelecer o maior grau de independência ou conservar a condição anterior, promovendo a funcionalidade e evitando a deterioração do estado da pessoa hospitalizada. Estes resultados são avaliados pela implementação sistemática da escala de *Barthel* modificada em todas as pessoas internadas.

## 2. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Este capítulo aborda o contributo da intervenção do EEER na pessoa com parésia facial e compromisso da deglutição, com base na evidência científica. São definidos conceitos-chave e identificados dados epidemiológicos relacionados com o tema. As intervenções são integradas na Teoria das Transições de Afaf Meleis, na perspetiva de cuidados de reabilitação de Walter Hesbeen e é ainda definido o conceito de “cuidados centrados nas pessoas” pela Organização Mundial da Saúde, salientando as implicações destas matrizes para a prática clínica.

### 2.1. Dados epidemiológicos e problemática

As doenças cerebrovasculares persistem como uma preocupação de saúde pública e como foco de atuação dos cuidados especializados em ER, dada a sua elevada prevalência, com implicações significativas quer ao nível da funcionalidade das pessoas como nos custos associados ao tratamento (İçağasıoğlu et al., 2017; Matos & Simões, 2020).

De acordo com a *World Stroke Organization* (2023), o acidente vascular cerebral (AVC) apresenta uma alta taxa de mortalidade, que corresponde a mais de 50% das pessoas que experienciam este evento. No entanto, para os sobreviventes o impacto não é menos significativo, afetando a mobilidade física, a alimentação, a fala, a linguagem, as emoções e os processos de pensamento. Estas necessidades complexas podem resultar em desafios de cuidados para a pessoa e cuidadores e financeiros, impondo exigências substanciais nos sistemas de saúde e a nível social. A incidência do AVC aumenta significativamente com a idade e a mesma organização estima que 90% dos AVC que acontecem estão associados a fatores de risco modificáveis (*World Stroke Organization*, 2023).

A prevalência desta doença não é homogénea ao longo do globo. A incidência do AVC está a crescer mais rapidamente nos países de baixo e médio rendimento, devido a uma má gestão dos fatores de risco modificáveis e é onde os profissionais de saúde enfrentam mais desafios e consideram mais difícil prestar os cuidados necessários para uma prevenção, tratamento e reabilitação eficazes das sequelas. O impacto económico global do AVC é substancial, representando 0,66% do PIB mundial, com projeções de atingir 1 bilião de dólares até 2030 (*World Stroke Organization*, 2023).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2023) até abril de 2023, em Portugal, as patologias do aparelho circulatório representaram a principal causa de morte em 2021. Estas patologias abrangem a doença isquémica cardíaca e as doenças cerebrovasculares, de entre as

quais se destacam o enfarte agudo do miocárdio e o AVC pela sua elevada prevalência (DGS, 2017). Esta tendência tem prevalecido ao longo dos anos, de acordo com o apurado pelo relatório da DGS e dados do “Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares”, ultrapassando as doenças respiratórias e mesmo as oncológicas (DGS, 2017).

A prevalência do AVC mantém-se elevada, apesar de se ter verificado um decréscimo do número de mortes. Em 2021, registaram-se 9 613 mortes por AVC, que representa uma diminuição de 16,0% em relação ao ano anterior (INE, 2023).

No entanto, mais do que a mortalidade, continua a verificar-se um aumento do número de internamentos e uma morbilidade associados, igualmente elevados, ficando perceptível o impacto desta doença aos vários níveis, pessoal, familiar, profissional, social e económico e necessidade do contínuo investimento e adoção de medidas preventivas e estratégias para contrariar esta evidência (OE, 2020; DGS, 2017). Estima-se que deste advento, *“60% recuperem o seu nível de independência para os autocuidados, 75% recuperem a independência para a marcha e 20% necessitem de cuidados institucionais”* (Rocha et al., 2020, p. 6).

Os défices decorrentes do AVC, muitas vezes prevalecem a longo prazo e assumem um carácter crónico, contribuindo para desafios contínuos na qualidade de vida das pessoas afetadas, pelo que é crucial otimizar os recursos disponíveis e gerir os cuidados de forma a promover a recuperação mais eficaz com o menor impacto socioeconómico e familiar tanto quanto possível (Rocha et al., 2020). Estes desafios refletem preocupações atuais e globais na saúde e são encarados e enfrentados de forma multidisciplinar, representando uma importante área de atuação para a ER.

## **2.2. Definição de conceitos**

O AVC é definido como o desenvolvimento súbito de sintomas focais ou globais de distúrbio da função cerebral que duram mais de 24 horas e pode ser fatal, sem nenhuma outra causa aparente além da origem vascular (Konecny et al., 2014).

É uma condição neurológica provocada pela interrupção do fluxo sanguíneo no cérebro, e pode ser de etiologia hemorrágica ou isquémica. Esta interrupção leva a uma privação de oxigénio no cérebro, que se traduz em défices e perda de função na área do corpo controlada pela região cerebral afetada. Consideram-se 3 tipos de AVC: o isquémico, caracterizado pela obstrução de um vaso sanguíneo devido a um coágulo, impedindo o fluxo sanguíneo para as células cerebrais;

o hemorrágico, causado pela rutura de um vaso sanguíneo, resultando em hemorragia e compressão do tecido cerebral circundante; e o acidente isquémico transitório, semelhante ao AVC isquémico, mas com obstrução temporária do vaso e sintomas que duram cerca de 24 horas com reversão dos défices, podendo, no entanto, ser um sinal preditivo de AVC isquémico (Nascimento et al., 2022).

A parésia facial (atribuída a lesão no VII par dos nervos cranianos) é um dos sintomas mais comuns em pessoas após AVC e é refletida por alterações no movimento e mímica facial (Konecny et al., 2014).

Anatomicamente, o nervo facial (VII par) atravessa a glândula parótida, dividindo-se em 5 ramos principais e múltiplos ramos secundários que inervam os músculos faciais (Matos, 2011).

Este nervo é sensitivo para a perceção gustativa dos dois terços anteriores da língua; motor para os músculos da expressão facial e proprioceptivo para esses mesmos músculos. Apresenta atividade parassimpática para as glândulas salivares sublinguais e submandibulares, glândula lacrimal, e glândulas da cavidade nasal e palato (VanPutte et al., 2016).

As expressões faciais são resultado de uma combinação de contrações de músculos faciais (Matos, 2011) e desempenham uma importante função no sistema de comunicação humano (Konecny et al., 2014). A mímica facial tem um papel importante na comunicação verbal e não verbal, na interação social, expressão de emoções, no canto, na deglutição e na proteção ocular (Konecny et al., 2014).

A parésia do nervo facial após AVC causa alterações funcionais e estéticas que se podem manifestar por assimetria facial, fraqueza muscular ou hipertonia, desvio da comissura labial, fluxo involuntário de saliva ou outros líquidos pela comissura labial do lado afetado, sorriso assimétrico e dificuldade na articulação de palavras devido a hipotonia dos lábios, língua e restante musculatura orofacial e cervical. Nestes casos, o objetivo da reabilitação orofacial é relaxar os músculos espásticos, restaurar funções seletivas dos músculos orofaciais e reeducar as características fundamentais da mímica facial e da comunicação (verbal e não-verbal), bem como as funções durante a ingestão de alimentos (Konecny et al., 2014).

É evidente a correlação entre expressões faciais específicas e os diferentes músculos faciais. Na evidência científica, aqueles mais comumente nomeados foram o músculo orbicular da boca, diretamente relacionado à dificuldade para comer, beber e higiene oral e franzir os lábios, os músculos levantadores do lábio superior e da asa do nariz e zigomático menor mostrou uma

correlação mais forte com a fala e dificuldades em gritar e sorrir com a boca aberta, e o músculo orbicular dos olhos com o lacrimejo e capacidade de encerrar os olhos (Pavese et al., 2014).

A expressão facial reflete o estado emocional da pessoa, e, por outro lado, a falta de expressão facial pode ter consequências psicológicas. Segundo Konecny e colaboradores (2014), uma percentagem significativa das pessoas com parésia facial evidencia ansiedade e depressão após o AVC, com conseqüente deterioração na qualidade de vida. Uma das causas da depressão pode ser a alteração da face após parésia facial (Konecny et al., 2014). As pessoas com estes sintomas, apresentam pior prognóstico e menor adesão aos cuidados de reabilitação, internamentos mais prolongados, menor probabilidade de retorno ao domicílio (Konecny et al., 2014) e, ainda, maior risco de isolamento social (Pavese et al., 2014).

Os resultados do estudo de Konecny et al. (2014) indicam melhorias estatisticamente significativas na melhoria da função orofacial e dos sintomas depressivos no grupo experimental, submetido a reabilitação orofacial, nos casos de parésia facial após AVC, avaliada através da relação entre a função dos músculos faciais, pelo *House-Brackmann Grading System* (HBGS), e as funções mentais pelo *Beck Depression Inventory II* (Konecny et al., 2014). Os mesmos autores identificam que após a estabilização completa das funções vitais e a melhoria do estado funcional geral, a reabilitação orofacial emerge como um dos aspetos mais importantes da reabilitação para a pessoa (Konecny et al., 2014). É demonstrada deterioração na qualidade de vida pelo aumento da incapacidade motora para a realização de AVD. Assim, a recuperação da funcionalidade conseqüente da reabilitação facial motora, contribui para a melhoria da qualidade de vida e da experiência da pessoa (Konecny et al., 2014).

### **2.3. Intervenção do EEER à pessoa com parésia facial**

No seguimento da problemática apresentada, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de dar resposta à questão de investigação “Quais os contributos de um programa de reabilitação para a melhoria do tónus muscular da pessoa com parésia facial?”, cuja metodologia e processo de seleção dos estudos se disponibiliza no apêndice III.

Os estudos seleccionados (focados no treino dos músculos faciais), são provenientes de diferentes áreas de especialidade e revelam grande diversidade de programas de reabilitação, variando na terminologia utilizada para o mesmo conjunto de técnicas, o que constituiu uma dificuldade na análise da informação apurada.

A parésia facial pode ser avaliada qualitativa e quantitativamente. O exame neurológico facial, com foco na função do nervo facial, é o ponto de partida. Com base no exame clínico, é possível diagnosticar se a parésia é de origem central ou periférica. Para a avaliação quantitativa, são utilizadas escalas clínicas internacionais padronizadas, sendo um dos testes mais comuns, de acordo com os estudos consultados, o sistema de classificação House-Brackmann (Anexo I).

Seguidamente, são identificadas como parte integrante dos programas de reabilitação, as principais técnicas de reeducação dos músculos faciais como uma abordagem conservadora que consiste na avaliação das alterações e limitações funcionais faciais, sessões de treino orientadas de padrões de movimento corretos e instrução de um programa específico de exercícios, com objetivo de recuperar movimentos faciais simétricos e reduzir ou eliminar incapacidades associadas à fala e deglutição (Manikandan, 2007; Matos, 2011).

O fenómeno de recuperação espontânea corresponde à reestruturação e desenvolvimento de mecanismos de neuroplasticidade no sentido de adaptação, como resposta à lesão (Cardoso, 2016). Esta informação sugere que, por meio de treino específico, podem ocorrer fenómenos de neuroplasticidade e de recuperação nas estruturas neuronais responsáveis pelas expressões faciais (Cardoso, 2016). No que diz respeito aos mecanismos de neuroplasticidade, a evidência indica que nos primeiros 6 meses pode ainda ocorrer recuperação espontânea após o evento, mas está igualmente demonstrada a eficácia de programas de reabilitação na recuperação funcional até anos após o AVC (Menoita et al., 2014).

O artigo de Matos (2011) destaca a importância de um tratamento abrangente para pessoas com parésia facial periférica, que pode incluir várias abordagens terapêuticas como farmacoterapia, proteção ocular, reeducação neuromuscular e métodos físicos adjuvantes como *biofeedback* com eletromiograma de superfície, massagem externa, termoterapia, crioterapia, eletroterapia e laser terapia e até mesmo toxina botulínica em casos selecionados. Estas modalidades de tratamento visam melhorar a função muscular facial, promovendo a sua recuperação e controlo de sintomas como a parésia, perda de controlo motor, tensão muscular e hipertonia e sincinesias.

A assistência por *feedback* visual consiste em recorrer à utilização de espelho (reticulado ou não) e é recomendada a sua utilização no treino de reeducação muscular, estando associada a melhores resultados (Matos, 2011).

O conceito de *feedback* visual ilusório induzido por espelho explica de maneira suficiente como a terapia com espelho desencadeia a plasticidade neural, um dos principais conceitos de

recuperação em pessoas com AVC (Kang, 2017). Refere-se à capacidade e resiliência do cérebro para alterar a estrutura e a função, adaptando-se a diferentes condições após uma lesão (Kang, 2017).

A terapia com espelho, tradicionalmente aplicada em membros paréticos para criar uma ilusão visual de movimento íntegro, enfrenta desafios em casos específicos de parésia facial devido à dificuldade de posicionar um espelho no plano sagital da face (Kang et al., 2017). No entanto, a inovação apresentada por Kang e colaboradores (2017) superou esta limitação com o desenvolvimento de uma aplicação baseada na terapia de espelho, que ajusta a imagem espelhada, invertendo o seu sentido. Esta abordagem criativa ultrapassa o uso convencional da terapia de espelho, adaptando-a para a reabilitação facial e demonstrou ser uma ferramenta eficaz no tratamento de pessoas com parésia facial central após AVC (Kang et al., 2017).

No estudo de Matos (2011), a autora identifica e descreve algumas das possíveis intervenções específicas de reeducação dos músculos faciais, descritas abaixo de acordo com a forma como são apresentadas por Cardoso (2016):

- *“técnicas de estimulação – vibrações e percussões curtas com a polpa digital no músculo afetado”* (p. 63) e com cubo de gelo;
- *“técnicas de suporte passivo – realização dos movimentos desejados através do exercício passivo”* (p.63), e solicitar que a pessoa tente manter a contração;
- *“treino de mímica facial – realização de movimentos musculares (músculo isolado ou grupo muscular) com biofeedback, inicialmente bilateral e posteriormente com variações na velocidade, força, repetições ou intervalos de descanso”* (p. 64);
- *“técnica de controlo do reflexo de Bell – com o foco num objeto a 30 centímetros da face, alterar entre a região superior e inferior, levando ao encerramento ou abertura da pálpebra superior”* (p. 64);
- *“exercícios de fortalecimento muscular”* (p. 64) – exercícios repetidos e com maior incidência nos músculos afetados, incluindo-se exercícios resistidos em direção oposta ao movimento;
- *“técnicas de relaxamento muscular – automassagem, exercícios de contração e relaxamento, e palmopercussões sobre a hemiface afetada”* (p. 64) e de alongamento;
- *“técnica de controlo de sincinesias – realizando o movimento desejado, impedindo a contração sincinética”* (p. 64);

•“*facilitação neuromuscular – utilizando tarefas funcionais, como expressões faciais específicas, de forma bilateral e contra gravidade*” (p. 64).

Quanto ao tempo de início do programa de reabilitação, os estudos indicam que deve ser iniciado precocemente, após estabilização da condição clínica da pessoa (Menoita et al., 2014), podendo ser implementados quer na fase aguda após AVC (DGS, 2011; Pimenta et al., 2019; Barreto et al., 2021), como no acompanhamento na fase crónica (Wertsén & Stenberg, 2020), estando demonstrados ganhos na funcionalidade e prevenção da instalação de défices em ambos os casos (Menoita et al., 2014).

No entanto, a literatura não é precisa a quantificar os intervalos temporais das diferentes fases do AVC (Menoita et al., 2014). Os dados sobre este tema apresentam uma grande variação, sugerindo-se a necessidade de objetivar e quantificar esta diferenciação. Compreende-se que estas limitações são inerentes ao avanço do conhecimento do sistema nervoso.

Constata-se ainda que não existe um padrão fixo quanto ao tempo necessário para a implementação e reavaliação dos programas de treino, já que os resultados são influenciados por diversos fatores, como a gravidade do quadro clínico e sintomas, a resposta individual de cada pessoa ao tratamento e a abordagem terapêutica utilizada. Também o número de repetições para cada tipo de exercício varia nos diferentes estudos, estando muitas vezes relacionado com a tolerância da pessoa e progressão do treino. Estas limitações têm impacto na contabilização do volume de exercício, variável que não foi apurada e quantificada em nenhum dos estudos consultados.

No seguimento da revisão da literatura levada a cabo, foi construída uma tabela com o objetivo de sintetizar as intervenções do âmbito da reabilitação à pessoa com parésia facial – apêndice IV. A informação foi organizada de acordo com as componentes do princípio FITT-VP associadas à prescrição de um programa de exercício individualizado e em segurança. Esta sigla representa as variáveis frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão (Bushman, 2014; Bushman, 2018). Na tabela, são ainda apresentados os resultados de cada um dos estudos empíricos.

### **2.3.1. Intervenção do EEER à pessoa com compromisso da deglutição**

Como foi exposto até aqui, percebemos que a parésia facial, enquanto sequela comum em casos de AVC, afeta diretamente a funcionalidade da deglutição devido à redução do controlo muscular facial e labial que compromete o eficaz encerramento oral e controlo do bolo alimentar, aumentando o risco de aspiração e outras complicações expostas neste subcapítulo.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004) define deglutição como o conjunto de *“funções relacionadas com a passagem dos alimentos e das bebidas através da cavidade oral, faringe e esófago para o estômago em velocidade e quantidade adequadas”* (p. 76). Esta ação pode ser voluntária, durante a alimentação, ou reflexa, por exemplo, após estimulação pela salivação e durante o sono (Garuti et al., 2014).

É um processo fisiológico complexo que envolve vários músculos (da cavidade oral, faringe, laringe, esófago) e respetivas estruturas anatómicas, bem como nervos cranianos. Implica um conjunto de ações coordenadas, sequenciais e simultâneas, cuja sincronia é imprescindível para determinar a eficiência da deglutição (Braga, 2017a).

Na literatura são identificadas 4 fases da deglutição: oral preparatória, oral, faríngea e esofágica (Braga, 2017a) que importa diferenciar.

A fase oral preparatória é voluntária e consciente, diz respeito à preparação e mastigação dos alimentos para que sejam deglutidos, cuja duração varia com a consistência dos alimentos. A via aérea permanece aberta, realizando-se uma respiração nasal (Braga, 2017a).

A fase oral é também voluntária e consciente. Inicia-se com a formação do bolo alimentar, o seu transporte para a orofaringe que desencadeia o reflexo de deglutição. A duração varia de 1 a 10 segundos, em condições fisiológicas normais (Braga, 2017a).

A fase faríngea tem início voluntário, mas a sua ação é reflexa, logo inconsciente. Nesta fase ocorre a progressão do bolo alimentar pela faringe até ao esófago e proteção da via aérea contra a aspiração (devido ao encerramento da glote), durando apenas 1 segundo. É muito importante considerar este tempo, dado o risco de permeabilidade da via aérea no momento em que o bolo alimentar se aproxima da laringe, podendo levar a aspiração (Braga, 2017a).

Por último, a fase esofágica, inconsciente e involuntária, tem início com a abertura do esfíncter esofágico superior, permitindo a entrada do bolo alimentar no esófago e transporte até ao estômago, após passagem pelo esfíncter esofágico inferior, que se dá através dos movimentos

peristálticos, auxiliados pela força da gravidade. A duração desta fase pode variar de 8 a 20 segundos (Braga, 2017a).

Destas, e pelo exposto até aqui, percebemos que a parésia facial está mais diretamente implicada na fase oral preparatória, pela redução do encerramento labial, tem como consequência produção de sialorreia e extravasamento involuntário desta ou de conteúdo alimentar pela comissura labial, e alterações sensitivas dos lábios, bochechas e/ou dos dois terços anteriores da língua geram dificuldade em controlar o bolo alimentar e levam a retenção ou acumulação de alimentos na cavidade oral, entre as bochechas e gengivas, (Garuti et al., 2014), entre outras alterações que comprometem também a progressão segura do bolo alimentar para as fases subsequentes da deglutição.

Quando analisamos os dados da ontologia em enfermagem (2019), confirmamos que estamos perante um compromisso da deglutição em casos de *“aumento do tempo de deglutição”*, *“perda de conteúdo da cavidade oral”*, *“ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição”*, *“movimento assimétrico da língua e lábios”* (OE, 2019), o que reforça os achados da evidência científica.

A disfagia traduz-se no compromisso da deglutição, independentemente do seu grau de severidade (Domingos & Veríssimo, 2014). Pode ser definida como a dificuldade em fazer progredir, de forma eficaz e num tempo fisiológico considerado normal, os alimentos desde a sua entrada na via oral até ao estômago (*World Gastroenterology Organisation (WGO)*, 2014). A disfagia pode ser consequência de alterações morfológicas ou funcionais, de origem anatómica ou neurológica, das diferentes estruturas envolvidas na deglutição (Braga, 2017a), neuromuscular ou mecânica e obstrutiva (WGO, 2014) e ainda iatrogénicas (Domingos & Veríssimo, 2014).

As principais consequências e complicações da disfagia identificadas por Braga (2017a) são: desnutrição, desidratação, aspiração, pneumonia e até mesmo levar à morte, esta última pelo aumento das comorbilidades e asfixia (Domingos & Veríssimo, 2014). Pode ainda implicar transtornos psicológicos, isolamento social e interferir na sensação de satisfação associada à alimentação (Braga, 2017a). As comorbilidades referidas provocam o aumento do tempo de internamento hospitalar e dos custos associados (Christensen & Trapl, 2018).

A disfagia denominada orofaríngea é aquela que apresenta particular relevância nos serviços de internamento de medicina e para as equipas de enfermagem, pela capacidade de

implementação de medidas a este nível e adequação das mesmas à realidade da população neste contexto (Domingos & Veríssimo, 2014).

Os riscos associados ao compromisso da deglutição exigem uma avaliação rigorosa, incluindo os sinais de alerta de disfagia, e a implementação de estratégias compensatórias pelo EEER para promover a segurança da deglutição e garantir um adequado aporte nutricional, bem como prevenir complicações associadas (Braga, 2017a).

Conforme recomendado pelo estudo de Garuti e colaboradores (2014), um protocolo de avaliação da disfagia deve incluir: a história detalhada do caso clínico; análise dos fatores de risco; implementação de um programa de reabilitação que inclua exercícios de estimulação dos movimentos da língua, boca e face; avaliação da gestão de secreções; e testes de deglutição.

Esta avaliação deve ser complementada por um exame objetivo rigoroso, considerando não apenas os antecedentes patológicos, mas também fatores cognitivo-comportamentais; inspeção da cavidade oral; padrão respiratório; efeitos da terapêutica farmacológica e o estado nutricional e de hidratação da pessoa (Braga, 2017a). A abrangência multifatorial da avaliação pelos EEER, permite uma compreensão detalhada da disfagia, facilitando a identificação de intervenções personalizadas a cada situação, já que o facto de a pessoa ter o reflexo de deglutição presente, não é um indicador suficiente para se dar uma deglutição segura, pelo que é necessário considerar também estes fatores na gestão dos cuidados e reeducação funcional da deglutição (Braga, 2017a).

A evidência sugere que a avaliação da deglutição deve ser aplicada precocemente nos momentos da avaliação inicial e de admissão da pessoa ao internamento, antes de se administrar alimentos, bebidas ou medicação pela via oral e devem manter-se reavaliações pertinentes na presença de alteração do estado da pessoa e principalmente nos primeiros 7 dias, em casos após AVC, intervalo de tempo em que se identifica maior risco e em simultâneo maior potencial de recuperação pela reeducação funcional da deglutição (Gonçalves et al., 2015). Esta avaliação deve ser feita com recurso a instrumentos válidos e confiáveis para o efeito (Gonçalves et al., 2015), no entanto é importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto na assistência à pessoa (OE, 2008), recebam a devida formação e instrução para que esta avaliação seja realizada de forma pertinente e segura (Gonçalves et al., 2015).

A avaliação da deglutição e conseqüente rastreio da disfagia pode consistir numa avaliação instrumental e invasiva, como é o caso da videofluoroscopia, ou métodos não invasivos como as

escalas de avaliação, de quais é exemplo a escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (Gonçalves et al., 2015).

A videofluoroscopia é identificada como o “padrão ouro” (Ferreira et al., 2018), isto é, como método instrumental de referência para o diagnóstico da disfagia pela sua precisão e sensibilidade. Apesar de ser um exame de fácil execução, implica treino e experiência dos profissionais, que são necessários em maior número. É indicado em casos de suspeita de aspiração silenciosa e para confirmar alterações na deglutição orofaríngea detetadas através de testes clínicos (Anéas & Dantas, 2014).

Existem vários outros instrumentos que permitem avaliar a disfagia, continuando a carecer de clarificação qual o mais indicado e adequado para esta aferição (Braga, 2017a).

Em alternativa à avaliação instrumental apresentada e atendendo às desvantagens da mesma, é sugerida a utilização da escala de GUSS (Anexo II), uma escala validada e traduzida para português, no sentido de realizar uma avaliação atempada da deglutição e de personalizar o plano de intervenção à pessoa (Ferreira et al., 2018). Está demonstrado na evidência científica que a utilização desta escala reduz o risco de aspiração e a incidência de pneumonias (Trapl et al., 2007; Sørensen et al., 2013; Ferreira et al., 2018).

A complexidade inerente à fisiopatologia em estudo e a especificidade dos cuidados prestados exige o conhecimento dos profissionais envolvidos no processo de cuidados e presume a colaboração com a equipa interdisciplinar (Braga, 2017b).

A intervenção do EEER à pessoa com disfagia requer compensações para que possa deglutir evitando a aspiração, concomitantemente a um programa de exercícios para melhorar a força, coordenação, velocidade de reação e amplitude de movimentos das estruturas envolvidas, de forma a recuperar a funcionalidade e capacitar a pessoa para que volte a alimentar-se sem restrições (Braga, 2017b).

De entre as diferentes estratégias nos programas de reabilitação à pessoa com compromisso da deglutição a utilizar realçam-se: técnicas posturais, como a flexão cervical, rotação cervical para o lado afetado (técnica privilegiada em pessoas com parésia facial e unilateral), flexão lateral para o lado são (Braga, 2017b); posicionamento mais comumente sentado ou vertical; estimulação sensório motora, através de alterações no volume e consistência, sabor, odor, volume, textura (Braga, 2017b; Bath et al., 2018; Speyer et al. 2022) e carbonatação (bebidas gaseificadas) (Braga, 2017b; Turkington et al., 2017) e, ainda, massagem e estimulação orofacial

(Sá et al., 2023) e estimulação termo-tátil através da aplicação de cubos de gelo na cavidade oral ou pela sua passagem nas diferentes estruturas envolvidas (Pimenta et al., 2019); mudanças voluntárias na deglutição incluem várias manobras como a respiração supra e super-supraglótica, deglutição forçada, as manobras de Mendelson e de Masako (Braga, 2017b; Bath et al., 2018) e pedido de deglutições múltiplas (Braga, 2017b), entre outras; e exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular (Braga, 2017b), onde se inclui o exercício de Shaker (Braga, 2017b; Bath et al., 2018). Estas estratégias podem ser utilizadas de forma combinada e com efeito sinérgico entre si (Braga, 2017b).

Relativamente aos exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento muscular, como visto no subcapítulo anterior e agora reforçado por Braga (2017b), não é uniforme na literatura o tempo que demora a objetivar resultados após a implementação de um programa de reabilitação da musculatura orofacial. No entanto, o autor sugere que estes sejam expectáveis entre 1 a 6 semanas num programa realizado diariamente, várias vezes ao dia em períodos de 5 minutos de duração, promovendo o aumento da amplitude do movimento e fortalecimento muscular dos lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas (Braga, 2017b).

A reabilitação respiratória é igualmente recomendada, uma vez que o treino dos músculos respiratórios contribui de forma positiva para reduzir a aspiração e melhorar a eficácia da tosse que ajuda na eliminação de corpos estranhos na via aérea, assim como na melhoria do padrão respiratório, cuja coordenação e controlo é fundamental pela sua importante sincronia e simultaneidade nas várias etapas da deglutição (Braga, 2017b).

As alterações na dieta fazem também parte das estratégias deste programa e deve ser adequada de forma criteriosa a cada caso. Esta adaptação passa principalmente pelo uso de espessante e adaptação da consistência da dieta, entre mole, pastosa ou picada (Sá et al., 2023) e alteração do método de ingestão de medicação (ajustar consistência ou esmagar) (Speyer et al., 2022).

Ainda de referir a importância da preparação e planeamento da pessoa, educação sobre as estratégias de deglutição segura (Braga, 2017b; Bath et al., 2018) e modificações na dieta (Braga, 2017b; Bath et al., 2018; Speyer et al. 2022).

Tendo em conta as causas de disfagia apresentadas, é importante garantir um ambiente calmo e sem distrações, promovendo a concentração da pessoa e planear a atividade e cuidados em conjunto e parceria com a mesma e cuidadores; selecionar utensílios adequados e ponderar a necessidade de produtos de apoio; instruir a pessoa e supervisionar a pessoa no processo; providenciar o tempo necessário para que a atividade ocorra em segurança e conforto; controlar

o volume do bolo alimentar e velocidade da ingestão oral; vigiar sinais de aspiração; confirmar sempre se ocorreu acumulação de alimentos na cavidade oral e reforçar a higiene oral sempre que necessário; realizar reforço positivo durante as refeições (Braga, 2017a; Speyer et al., 2022).

Os produtos de apoio recomendados para pessoas com disfagia incluem copos com pegas laterais e tampa com boquilha, e copos com recortes (OE, 2023a). No entanto, outros utensílios personalizados podem contribuir para promover o autocuidado durante a alimentação, como pratos e bases antiderrapantes e pratos com rebordo, engrossadores de cabo e talas de mão para talheres (dispositivos de preensão) (OE, 2023a).

O estudo de Sá et al. (2023) demonstrou melhoria na capacidade de deglutição após a implementação de um programa de reabilitação estruturado pelo EEER.

Também a revisão sistemática da literatura de Bath et al. (2018) que investigou a eficácia da reabilitação da deglutição em pessoas com AVC agudo ou subagudo, publicada na *Cochrane Database*, demonstrou que os resultados das medidas identificadas podem ter reduzido a duração do internamento hospitalar e a incidência de pneumonias, e possivelmente melhoraram a capacidade de deglutição, reforçando a necessidade de realizar mais estudos de alta qualidade para determinar a eficácia de intervenções específicas.

Por fim, referir a importância da formação das equipas, de forma a promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Braga, 2017b; Matos et al., 2023).

Considerando o apurado no projeto levado a cabo por Domingos & Veríssimo (2014), as estatísticas globais indicam que a disfagia afeta 60% dos idosos com doenças degenerativas, como a doença de Parkinson, e 30 a 40% dos que apresentam défices após AVC. Segundo o estudo de Lin et al. (2019), a disfagia é uma morbilidade comum que afeta 37% a 78% das pessoas pós-AVC. Confirma que na fase aguda, a disfagia inicial tem como consequências internamentos hospitalares prolongados, pneumonia de aspiração e mortalidade e na fase crónica, a disfagia persistente afeta a funcionalidade a longo prazo (Lin et al., 2019), reforçando assim a necessidade de deteção precoce desta disfunção na redução de complicações a curto e longo prazo.

## 2.4. Teoria das transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições de Afaf Meleis é reconhecida como referencial teórico nas diferentes áreas de atuação da enfermagem, constituindo-se num dos pilares importante para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2018b). Meleis (2010) definiu “transição” como passar de um estado ou condição para outro que requer, quer por parte da pessoa como de todos os envolvidos nestes processos, a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*. As transições podem variar quanto ao tipo, sendo de desenvolvimento, situacionais, saúde/doença ou organizacionais; apresentam diferentes padrões de complexidade, desde simples ou múltiplos, podendo as transições ocorrer de forma sequencial ou simultânea, estar relacionadas ou não, além de ser condicionadas por diversos fatores pessoais e externos que podem funcionar como facilitadores ou inibidores da mudança. As situações dizem respeito a eventos externos, enquanto as transições se tratam de processos internos (Meleis, 2010).

O ER, suportado por esta teoria, orienta os cuidados com foco na adaptação à nova situação da pessoa, promovendo transições saudáveis. Uma transição considerada saudável é determinada pelos padrões de resposta adotados pela pessoa. O apoio, estratégias e treino orientado/realizado pelos EEER são fundamentais ao longo do processo, de forma a alcançar a saúde e bem-estar como resultados esperados da sua intervenção (Silva et al., 2019).

A teoria das transições de Afaf Meleis é geralmente associada ao paradigma de enfermagem conhecido como paradigma da transformação (Queirós, 2023b). A ideia central deste paradigma é que as fases de mudança acontecem em estágios de organização e desorganização, progredindo sempre para níveis superiores de organização. Segundo as ideologias deste paradigma, o enfermeiro perspetiva a pessoa e os fenómenos como únicos, em interação com tudo o que os rodeia (Queirós, 2023b).

Integrada neste paradigma, a Teoria das Transições de Meleis (2010) aborda a experiência humana de forma holística. Reconhece que as transições na vida de uma pessoa não são apenas eventos físicos, mas experiências que englobam aspetos psicológicos, sociais e espirituais. Esta abordagem converge com a visão holística do paradigma da transformação, que reconhece a complexidade do ser humano e a conexão entre as experiências e respetivas respostas aos eventos de vida.

O paradigma da transformação considera as relações e processos como dinâmicos e em constante evolução. A teoria de Meleis (2010) reflete esta visão ao explorar os processos de adaptação das pessoas a novas situações promotoras de desenvolver resiliência. O EEER é promotor deste processo através da capacitação, por meio da educação para a saúde e do empoderamento, relacionado com a autodeterminação na tomada de decisão, ou seja, no respeito pela autonomia das pessoas nos processos de reabilitação (Sousa et al., 2020). A autonomia é definida por Sousa et al. (2020) como *“a liberdade da pessoa em gerir livremente a sua vida efetuando, racionalmente, as suas próprias escolhas”* (p.65).

Esta teoria identifica, portanto, eventos e períodos geradores de mudança e necessidade de adaptação na vida das pessoas. As transições são influenciadas por características e experiências pessoais, bem como pela interação com a comunidade e sociedade e consistem numa oportunidade de intervenção para os EEER, devendo este ser capaz de identificar os fatores que facilitam e dificultam este processo (Meleis, 2010).

Como ficou evidente no enquadramento teórico deste trabalho, a expressão facial é uma parte importante da comunicação e interação social, fenómenos inerentes aos relacionamentos humanos, ficando alterada pela parésia facial, neste caso, decorrente de um episódio agudo de doença como o AVC. A parésia facial pode ter impacto negativo na autoestima, funcionalidade e relações interpessoais, com potenciais consequências psicológicas como manifestação de ansiedade, sintomas depressivos e isolamento social (Konecny et al., 2014; Pavese et al., 2014), consistindo portanto, numa transição de saúde-doença (Meleis, 2010). As aprendizagens e competências adquiridas pela pessoa e família, decorrentes de planos de educação implementados pelos EEER neste contexto, traduzem-se ainda em transições situacionais.

A implementação de um treino de reeducação dos músculos faciais, informado pela evidência científica, tem como objetivo melhorar a parésia facial através do fortalecimento dos músculos faciais envolvidos, com consequente melhoria da funcionalidade associada à expressão e mímica facial, implicada na comunicação verbal e não verbal, e ao processo de deglutição. Ao longo deste processo de transição, a adaptação pode incluir igualmente a aprendizagem de técnicas de comunicação alternativas e estratégias emocionais para lidar com as limitações físicas, nomeadamente através do desenvolvimento ou fortalecimento da confiança e estratégias de *coping* adaptativas. O apoio e empatia dos profissionais e familiares são considerados fatores facilitadores destes processos (Meleis, 2010), para alcançar a saúde e bem-estar como resultados esperados da sua intervenção (Silva et al., 2019).

## 2.5. Espírito da reabilitação de Walter Hesbeen

No seu livro *“A Reabilitação – Criar novos caminhos”*, Hesbeen (2001) apresenta uma perspetiva de cuidados de reabilitação humanizada e centrada na pessoa, enfatizando a importância da autonomia e respeito pela individualidade e complexidade do ser humano.

Paralelamente, critica a tendência histórica de reduzir o tratamento da pessoa à sua condição clínica, focada no corpo e na doença, propondo uma visão mais abrangente que considera as experiências, necessidades e valores individuais (Hesbeen, 2001).

A humanização dos cuidados é alcançada quando os cuidadores se aproximam das pessoas sem a tentativa de se lhes impor ou manipular, sublinhando a modéstia como a capacidade de ouvir sem preconceitos e demonstrar disponibilidade para conhecer profundamente a pessoa que se acompanha (Hesbeen, 2001). A abordagem personalizada e centrada na pessoa pressupõe considerar o meio envolvente, contexto social e pessoas significativas ou, como designados por Hesbeen (2001) os “próximos”, num processo de parceria e através da educação dos mesmos.

O autor faz uma distinção crucial entre reeducação funcional, frequentemente mencionada nos processos de reabilitação, e o conceito mais amplo de reabilitação. Hesbeen explica como a reeducação funcional é específica à recuperação de uma determinada função, não podendo, portanto, abranger o processo de reabilitação no seu todo (Hesbeen, 2001).

Para compreender a abordagem multidimensional da reabilitação, Hesbeen (2001) identifica os “3R” como meios para otimizar os recursos da pessoa, a *“reeducação funcional, reinserção social e reintegração escolar ou profissional”* (p. 53). Cada componente destaca uma área de foco no caminho de reabilitação, envolvendo para além da recuperação física, aspetos sociais e profissionais essenciais para a reintegração completa da pessoa na sociedade.

Hesbeen (2001) critica também a visão reducionista e fragmentada de cuidados, incentivando a que a reabilitação seja encarada como um processo interdisciplinar que valoriza as diversas competências dentro das instituições e tira proveito das diversas valências e habilidades disponíveis em prol da máxima recuperação da pessoa.

A missão da reabilitação, conforme descrita por Hesbeen, reside em ajudar a pessoa a superar limitações, através da ressignificação do seu caminho e com vista à qualidade de vida. Pelas suas palavras, a missão da reabilitação visa *“agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida (...) ainda compatível com o desenvolvimento das pessoas e que não se limite*

*a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo" (p.33) com inerente relação aos desafios da cronicidade; "ajudar a pessoa a não sofrer ou a não se sentir diminuída, devido às suas características particulares" (p.40), em que para além de ajudar e permitir enfrentar, atenuar ou ultrapassar obstáculos e a situação presente, a reabilitação deve preparar para situações e desafios futuros; por fim, assenta numa "prática multidisciplinar que se baseia, entre outros, em conhecimentos cientificamente fundamentados" (Hesbeen, 2001 p. 52).*

A enfermagem, historicamente reconhecida e valorizada pela sua dimensão humanística, tem sido frequentemente descrita como uma "arte" por diversos autores, um reconhecimento que Hesbeen (2001) também ecoa ao referir-se à "*arte de enfermagem/arte de cuidar*" (p. 83).

Apesar de nesta essência a enfermagem ser uma prática antiga, contrariamente, enquanto profissão e ciência é muito recente, comparativamente, por exemplo, às diversas áreas da medicina (Queirós, 2023a). No entanto, uma visão predominantemente artística da enfermagem pode contribuir para um certo atraso no seu reconhecimento como ciência por parte da comunidade académica.

Para alcançar o reconhecimento e a visibilidade desejada, assim como para solidificar a identidade profissional da enfermagem, é crucial um posicionamento, nomeação e afirmação desta profissão enquanto ciência (Queirós, 2023a). Isto implica não apenas reconhecer a sua base de conhecimentos, como continuar a investir na investigação e divulgação científica, mesmo no que concerne às áreas ditas menos tangíveis do cuidado, já que a qualidade dos cuidados de enfermagem deriva da capacidade de integrar ambos os elementos – arte e ciência, no sentido de estar e ser com, alado aos saberes – em benefício da pessoa, merecendo, portanto, equivalente atenção e valorização.

## **2.6. Cuidados centrados nas pessoas**

O conceito de “cuidados centrados nas pessoas” foi originalmente descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e traduz-se numa evolução da perspetiva da prestação de cuidados de saúde em que a pessoa, família e comunidade são colocados, tal como a própria expressão indica, no centro deste processo (WHO, 2007).

Promove a participação de todos os intervenientes de forma holística e fundamentada em valores universais consagrados no direito internacional, como os direitos humanos fundamentais e os princípios de dignidade, não discriminação, empoderamento, capacidade de resposta e participação. É identificada como uma das 6 características que conferem qualidade aos cuidados de saúde, a par da segurança, oportunidade, eficácia, eficiência e equidade (WHO, 2007).

A OMS defende que a falta de especialização e fracos sistemas de referência levam à fragmentação e descontinuidade dos cuidados e procura ser um referencial global, orientador de governos e sistemas de saúde, no sentido de adaptar as necessidades a cada comunidade e contexto (WHO, 2007).

Além disso, reforça que as organizações de saúde são constituídas por pessoas, entre os quais os próprios profissionais de saúde que devem igualmente ser capacitados e cujas necessidades devem ser consideradas, contribuindo para gerar mudanças positivas nos sistemas. Conclui-se, portanto que uma abordagem centrada nas pessoas envolve uma consideração equilibrada dos direitos e necessidades, bem como das responsabilidades e capacidades de todos os intervenientes do sistema de saúde (WHO, 2007).

## 2.7. Implicações para a prática da enfermagem

Atualmente, observa-se uma ampla diversidade nos modelos teóricos de enfermagem, paralelamente ao progresso tecnológico e à expansão da informatização no setor da saúde.

Os referenciais teóricos apresentados, fornecem um quadro abrangente para compreender as experiências de transição e facilitam a identificação das necessidades das pessoas durante estes períodos; promovem uma abordagem holística, considerando aspetos físicos, emocionais, sociais e culturais; destacam a necessidade de adaptação contínua e resiliência, permitindo uma compreensão mais profunda das experiências ao longo do tempo; ressoam com as premissas contemporâneas de promoção da autonomia e cuidados centrados nas pessoas, aplicáveis através cuidados personalizados de acordo com as necessidades individuais.

Embora os referenciais teóricos contribuam para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina, promovam a organização e melhorem a qualidade dos cuidados, os enfermeiros relatam dificuldades na compreensão e apropriação das teorias, cuja integração nem sempre é clara nos cuidados prestados nas diversas instituições de saúde. As teorias de enfermagem são criticadas relativamente à falta de especificidade, sendo demasiado amplas e abrangentes, o que pode dificultar a sua implementação em processos específicos. Outras dificuldades consistem na limitação de recursos físicos, humanos e temporais (Ribeiro et al., 2018).

Ribeiro et al. (2018) identificou estas lacunas que sugere necessitem de breve solução, passando pela clarificação da confusão entre sistemas de classificação e referenciais teóricos.

Ora, conforme afirmado por Pestana (2017), os sistemas de informação em enfermagem, onde está inserida a linguagem CIPE, *“representam um veículo para o desenvolvimento da investigação em enfermagem com implicações no processo de conceção de cuidados de enfermagem a que a especialidade de enfermagem de reabilitação não é alheia”* (p.77), resultando numa linguagem padronizada da profissão que facilita a obtenção de informação, por sua vez, mais organizada e acessível. A partir desta linguagem comum, centrada na tomada de decisão do enfermeiro, é possível *“introduzir dados relativos à avaliação inicial, definição dos focos de atenção com a identificação dos diagnósticos de enfermagem e prescrição das respetivas intervenções de enfermagem sustentadas nas boas práticas”* (Pestana, 2017, p. 77).

Conclui-se que ambos são essenciais e complementares e a sua utilização integrada pode melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados.

### **3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS**

Nesta fase do relatório, é feita a análise crítico-reflexiva do percurso de aquisição de competências, estruturado de acordo com a regulamentação e a legislação orientadora.

#### **3.1. Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista**

Relativamente às competências adquiridas com a realização deste trabalho enquanto estudante do mestrado que confere igualmente título de especialista em ER e de mestre em enfermagem, importa começar por mobilizar os domínios das *“Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”*, consideradas no Regulamento n.º 140/2019.

No Regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário da República, o enfermeiro especialista é apresentado como *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades”* (p. 4744), indo ao encontro do disposto no Decreto-Lei n.º 161/96. A atribuição deste título pressupõe, para além da verificação das competências específicas regulamentadas para o exercício de cada especialidade, o desenvolvimento de competências agrupadas em 4 domínios comuns que são analisados de seguida.

##### **3.1.1. A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Frequentes e complexas são as situações em que os enfermeiros especialistas são chamados a tomar decisões que implicam o confronto de princípios éticos. Foi delineado como objetivo específico para dar resposta às competências do domínio (A) *“da responsabilidade profissional, ética e legal”* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746): agir de acordo com o código deontológico do enfermeiro e refletir criticamente sobre situações práticas que envolvem os princípios éticos e deontológicos em ER.

No decorrer deste processo, foi fundamental alicerçar a prática clínica em documentos legisladores da profissão como o regulamento do exercício profissional do enfermeiro, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 161/96, e a deontologia profissional de enfermagem, publicada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015). A importância do primeiro reside na sua capacidade de definir claramente a nossa área de atuação, as competências profissionais exigidas, bem como a natureza dos cuidados e intervenções que devemos prestar.

Paralelamente, o código deontológico esclarece os direitos e deveres inerentes à profissão de enfermagem.

Durante os estágios, estes documentos não foram apenas objeto de estudo, mas também ferramentas ativamente integradas e aplicadas na prática de cuidados. Esta abordagem garantiu que as ações e decisões tomadas refletissem os padrões éticos e profissionais estabelecidos.

Como exemplos desta prática, enuncia-se o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos nos contextos de estágio e na realização de trabalhos académicos.

De realçar o disposto no artigo 84.º *“Dever de informar”* (OE, 2015, p.73) tendo as pessoas alvo de cuidados sido informadas no que concerne aos cuidados especializados em ER e dos seus objetivos, bem como dos recursos a que podem ter acesso quer no meio hospitalar, como na comunidade. A este respeito, é de referir que foi obtido o consentimento informado na abordagem a todas as pessoas a quem se prestou cuidados, tendo sido nomeadamente realizado um termo de consentimento informado, esclarecido e livre para a realização do estudo de caso no contexto de estágio profissionalizante, que pode ser consultado no apêndice III do estudo de caso que se encontra anexo ao relatório no apêndice V.

A promoção do direito à informação contribui fortemente para a autonomia da pessoa, pois permite que as decisões sejam tomadas com base no conhecimento e de forma refletida, promovendo igualmente a capacitação, autodeterminação e a capacidade de autogestão da própria saúde.

Outro artigo a destacar é o artigo 85.º *“Do dever de sigilo”* (OE, 2015, p. 78). A privacidade é palavra de ordem em saúde. Todos devem ver este direito preservado. Este direito foi respeitado e promovido de forma transversal a todos os contextos e situações de cuidados através da confidencialidade das informações relativas aos processos de cuidados, partilhando apenas a informação necessária à continuidade de cuidados e com os profissionais diretamente envolvidos no acompanhamento à pessoa e família; através da promoção da privacidade física, um exemplo crasso em ambiente hospitalar é garantir o adequado fecho das cortinas ou, no caso de ausência destas como por vezes se verificou, utilizar outros recursos disponíveis como biombos ou mesmo lençóis, na necessidade de prestação de cuidados que impliquem a exposição do corpo da pessoa ou na partilha de informações íntimas num ambiente que se espera privado. Na transmissão de informação relativa ao processo de cuidados da pessoa,

mesmo quando fornecida aos familiares, deve, tanto quanto possível, fazer-se num espaço apropriado e adequar o tom de voz, mantendo sigilo.

Um exemplo específico para esta situação foi no decorrer da implementação do programa de reabilitação dos músculos faciais da pessoa com parésia facial periférica, o ambiente ter sido privado. Esta necessidade prendeu-se com o facto de, para realizar o programa, a senhora ter necessidade de repetir várias expressões faciais que podiam ser geradoras de algum constrangimento e inibição da sua participação, devido, por exemplo, à curiosidade das pessoas com quem partilha o quarto ou outros intervenientes em ambiente hospitalar, apesar da senhora referir que não se importava com a exposição. Considera-se que após se eliminar esta possível barreira, a senhora demonstrou grande empenho e motivação na realização do programa e uma atitude mais descontraída e autêntica.

No que concerne ao dever de sigilo, resta anunciar que foi mantido o anonimato e considerada confidencial toda a informação colhida e utilizada para a realização de trabalhos académicos, dos quais são exemplo planos de cuidados e os estudos de caso realizado em contexto de estágio, através da omissão de dados que pudessem identificar os participantes e pessoas significativas, pela possibilidade destes documentos poderem vir a ser divulgados publicamente.

O disposto no artigo 81.º *“Dos valores humanos”* (OE, 2015, p. 59), foi invariavelmente praticado, pelo exercício constante de reger a conduta profissional e de ensino, por princípios como o respeito pela dignidade e diversidade humana e cuidado inclusivo e não discriminatório, independentemente da idade, género, etnia e nacionalidade, orientação sexual, grau académico e literacia em saúde, condição socioeconómica ou qualquer outra característica individual.

O EEER deve manter postura profissional livre de julgamentos sobre as escolhas de vida das pessoas e família, assegurando que os cuidados são efetivamente holísticos, centrados na pessoa e com respeito pelas suas crenças pessoais e decisões de saúde. De uma forma geral, considera-se que foram consideradas as preferências individuais, tendo sempre uma perspetiva holística, de aceitação e respeito incondicional pela pessoa como o todo, reconhecendo o seu livre arbítrio e dignidade.

Os cuidados prestados no âmbito da ER em ambos os contextos de estágio, foram geridos com imparcialidade, assegurando igualdade e equidade no acesso ao atendimento e necessidades de saúde para todos aqueles que estavam efetivamente integrados na ECCI, ou internados no

serviço de medicina. No entanto, tornou-se evidente um desafio significativo no serviço de saúde público durante ambos os estágios que diz respeito à demora ao referido acesso, que se prende com as longas filas de espera. Esta demanda afeta, conseqüentemente, o acesso a cuidados de reabilitação, exacerbada pelo rácio limitado de EEER disponíveis nos contextos. Esta situação resulta não apenas em atrasos no acesso aos cuidados de saúde, como pode levar à perda de funcionalidade e ao agravamento de condições de saúde, devido à espera prolongada e à falta de intervenção precoce. É imperativo reconhecer que, embora este problema reflita limitações mais amplas do sistema de saúde que ultrapassam os enfermeiros nos contextos, destaca a necessidade de reavaliar e ajustar políticas e recursos para melhorar o atendimento de forma a dar resposta às necessidades em saúde da população.

Em contexto hospitalar, respeitou-se a crença pessoal que uma senhora atribuía a um busto do Doutor Sousa Martins, que mantinha na mesa de cabeceira da sua unidade, enquanto força para superar uma infeção respiratória grave. Apesar do progresso positivo constatado ao longo da implementação de um programa de reabilitação respiratória individualizado, a crença no busto foi incorporada como parte do incentivo, motivação e adesão ao programa pela senhora, reforçando-se concomitante o seu esforço e mérito próprio no processo de recuperação.

Numa outra situação em domicílio que envolveu o respeito pelas crenças e a gestão das expectativas de um senhor que iniciou programa de reabilitação motor pela ECCI por episódio de queda da própria altura, que resultou em fratura trocantérica esquerda e submetido a encavilhamento cefalomedular, sem intercorrências. Inicialmente demonstrou resistência aos exercícios propostos, preferência por atividades ao ar livre e uma perceção inadequada dos riscos associados e das suas limitações. Para ultrapassar esta barreira foi necessário gerir expectativas e negociar metas realistas. Ao longo das sessões e após começar a constatar melhorias na sua mobilidade e equilíbrio através dos exercícios instituídos numa fase inicial no interior da habitação, a sua atitude e expectativas foram-se ajustando, traduzindo-se numa atitude mais recetiva, permitindo retomar gradualmente as suas atividades quotidianas habituais.

Descreve-se agora uma situação de confronto entre o princípio da beneficência e o princípio da autonomia. Um dos turnos para o qual se tinha planeado uma sessão de treino, coincidiu com um momento após uma situação de óbito inesperada de um convivente no mesmo período de internamento. A senhora manifestou preferência por não realizar o treino nesse momento, cuja

decisão foi respeitada. Apesar dos benefícios inerentes à continuidade do programa, optou-se por privilegiar a vontade e o bem-estar emocional da pessoa, adiando o programa para um momento mais adequado, demonstrando suporte emocional e respeito pela sua autonomia.

Algumas foram as situações em que se observou a sobreposição dos cuidadores à vontade das pessoas. Principalmente no contexto de cuidados domiciliários, pela maior convivência com os cuidadores principais ou pessoas de referência, mas também no contexto de internamento hospitalar nos momentos das visitas. Uma situação concreta aconteceu em contexto domiciliário, relativamente a uma esposa que queria que o marido fizesse levantar e fosse transferido para cadeira de rodas para que pudesse almoçar na sua companhia. Esse mesmo senhor na mesma visita estava muito sonolento, manifestando vontade de permanecer na cama. Perante esta situação e apesar dos benefícios comprovados do levantar numa pessoa idosa com patologia respiratória crónica, foram privilegiados exercícios de mobilização passiva no leito, e explicado à senhora a necessidade de adaptação dos cuidados.

Outro artigo significativo e a mencionar no âmbito do domínio A, consiste no artigo 79.º “*Dos deveres deontológicos em geral*” (OE, 2015, p.50), já que, pelo aqui descrito, pretende-se demonstrar que foram cumpridas as normas deontológicas que regem a profissão.

### **3.1.2. B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

O Domínio (B), diz respeito à “*Melhoria Contínua da Qualidade*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747) destacam a importância da gestão de cuidados de qualidade e a criação de um ambiente terapêutico e seguro que foi transversal a ambos os estágios. O objetivo específico construído para este domínio diz respeito a: contribuir para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados no local de estágio.

O colégio da especialidade de ER atualizou em 2018 os “*Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*” (PQCEER) cujos 8 enunciados descritivos considerados, que dizem respeito à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2018b) que foram basilares na orientação da aquisição de competências ao nível deste domínio.

Neste subcapítulo destaca-se o compromisso com a evolução e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem em ER, através da relevância de manter práticas atualizadas e em conformidade com estas diretivas.

Desde logo, o enunciado “*satisfação do cliente*” (OE, 2018b) ficou ilustrado nos exemplos selecionados no domínio anterior, onde foi reforçado e explicitado o respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação, numa perspetiva de parceria dos cuidados, incluindo igualmente os cuidadores/família, no respeito pelos valores, convicções, crenças pessoais e religiosas dos mesmos, na capacitação por meio do ensino, instrução e reforço positivo na valorização do empenho e superação das metas a atingir. Esta satisfação foi várias vezes manifestada e verbalizada pelos próprios e ficou comprovada nas relações terapêuticas e de confiança construídas ao longo dos estágios. Contribui igualmente para a adesão ao regime terapêutico e para uma experiência positiva associada aos cuidados de saúde.

A “*promoção da saúde*” (OE, 2018b) foi praticada incessantemente em todos os contactos. No estágio realizado em UCC, nas visitas domiciliárias foram identificadas barreiras arquitetónicas e ergonómicas e percebido o impacto que estas têm sobre a “*acessibilidade e participação social e o exercício pleno da cidadania*” (OE, 2018b, p. 10). Quando estas eram contornadas ou eliminadas, foi possível assistir a uma progressiva reinserção social das pessoas, no regresso progressivo às suas rotinas e atividades. Este processo passou igualmente pela capacitação observada à medida que atingiam os resultados esperados, com melhorias em saúde e na funcionalidade, após a implementação dos planos de reabilitação personalizados a cada situação.

No que concerne à “*prevenção de complicações*” (OE, 2018b), um dos fenómenos que emerge como um indicador da qualidade dos cuidados prestados são as quedas e respetivo risco apurado por escalas numa ótica de prevenção da sua ocorrência, bem como um dos objetivos estratégicos provindos do Plano Nacional para a Segurança de Doentes (Despacho n.º 9390/2021). Na Norma n.º 008/2019, emitida pela DGS, as quedas são identificadas como uma das principais causas de internamento hospitalar, com mais incidência em pessoas idosas, sendo a prevenção dos danos decorrentes das mesmas um objetivo de saúde pública a nível mundial.

No contexto comunitário, mais concretamente em ambiente domiciliário, a avaliação do risco de quedas pela escala de quedas de Morse é uma das estratégias de prevenção que reduz os referidos internamentos decorrentes destas. No decorrer do estágio na UCC, esta escala foi

utilizada no momento da avaliação inicial, na admissão das pessoas na ECCL, e realizado o respetivo registo nos sistemas de informação (SCLínico e *Gestcare*) no plano de cuidados individual de cada pessoa, apurando-se o grau de risco através do qual foram implementadas medidas em conformidade com o mesmo (Norma n.º 008/2019).

No contexto domiciliário, a prevenção de quedas foi realizada, informando e ensinando as pessoas e cuidadores a adotar medidas preventivas relacionadas com os fatores de risco extrínsecos, relacionados ao ambiente, sendo a ocorrência de quedas potenciada por condições modificáveis como “*a presença de iluminação deficiente, tapetes soltos, inexistência de barras de apoio nas casas de banho ou escadas e o pavimento escorregadio*” (Gomes et al., 2019, p. 12). E ao nível dos fatores de risco intrínsecos, relacionados com a pessoa e os fenómenos decorrentes do processo de envelhecimento, através da implementação de programas de intervenção no âmbito das competências adquiridas na especialidade, pela capacitação e melhoria da capacidade funcional da pessoa, estando comprovados ganhos na melhoria do equilíbrio, fortalecimento muscular, execução das AVD e autocuidados (Gomes et al., 2019).

Ainda relacionado com o risco de queda, mas integrado ao nível da promoção do padrão de qualidade “*bem-estar e autocuidado*” (OE, 2018b), várias foram as decisões tomadas relativamente à prescrição de produtos de apoio adequados, técnicas utilizadas e diversas adaptações no sentido de responder às necessidades das pessoas em segurança. De ressaltar que a supervisão dos enfermeiros com vasta experiência profissional foi fundamental ao longo do processo de aprendizagem em ambos os contextos de estágio, garantindo a eficácia dos cuidados.

Identificam-se o ensino da correta técnica de marcha com diferentes auxiliares, como andarilho e canadianas, e ainda treino de subir e descer escadas. A segurança foi igualmente assegurada pela confirmação das condições de conservação dos materiais, adequado nivelamento dos auxiliares de marcha de acordo com a altura e características dos participantes, que foram verificadas antes do início de cada programa de reabilitação (OE, 2013; OE, 2023a).

As condições de segurança da marcha com canadianas eram verificadas no que diz respeito ao nível a que se ajustam os auxiliares de marcha de acordo com a altura da pessoa e assegurando que quando a mão segura a pega, o cotovelo esteja numa flexão a 30º, bem como observação do estado de desgaste das borrachas (OE, 2013).

No ensino sobre o treino de marcha com recurso a andarilho: a sequência de deambulação com o andarilho deve ser, primeiro “deslocar o andarilho para a frente”, segundo “dar um passo em frente com o membro inferior afetado”, terceiro “dar um passo com o membro inferior saudável, não ultrapassando a base do auxiliar de marcha” (OE, 2013, p. 71) e repetir o processo sucessivamente. Nestes treinos, constatou-se que as pessoas tendiam a tentar apressar o processo, deslocavam o andarilho a uma larga distância ou ultrapassavam a base do auxiliar de marcha, comprometendo o equilíbrio e correto alinhamento corporal, sendo necessárias correções frequentes da postura e reforço dos ensinamentos.

Em qualquer treino de marcha é necessário verificar as condições do piso, que deve estar limpo e seco. Em contexto domiciliário as condições climatéricas foram fatores condicionantes da realização do treino no exterior. Já em contexto hospitalar era necessário gerir de acordo com o horário do serviço de limpeza. De igual modo, as condições do ambiente devem ser avaliadas, minimizando barreiras e obstáculos que dificultem a deambulação, tanto quanto possível. Recomendações relativas ao uso de “calçado fechado com bom apoio e solas antiderrapantes” (OE, 2013, p. 62) também são indicações importantes que promovem a segurança dos cuidados de reabilitação. Muitas vezes foi necessário consciencializar as pessoas para o calçado utilizado ou solicitar aos familiares, que se comprovaram elementos facilitadores deste processo.

Assim como as quedas, também as úlceras por pressão consistem num problema de saúde pública e com relação com a qualidade dos cuidados prestados. Ainda que os dados epidemiológicos decorrentes destas sejam relativos aos cuidados hospitalares, o risco e adequada prevenção e planeamento de cuidados deve ser avaliado em todos os contextos de cuidados (Orientação n.º 017/2011). Como tal e conforme preconizado na Orientação n.º 017/2011 da DGS, a escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão foi avaliada nas admissões e nas visitas domiciliárias semanalmente ou conforme necessidade. As pessoas que apresentassem fatores que conferem maior risco, como alterações da perceção sensorial, humidade, maior grau de inatividade e imobilidade, ou défices nutricionais, foram validados os cuidados prestados pelos cuidadores e reforçados ensinamentos relativamente à alternância de decúbitos, levante, transferências e respetiva técnica, de acordo com os princípios ergonómicos subjacentes. Também foram abordados os cuidados relacionados à nutrição, maior vigilância da pele e zonas de humidade. Nas visitas domiciliárias, foi sempre verificada a integridade dos colchões de pressão alterna, quando presentes, ou, quando não, era incentivada a necessidade de aquisição dos mesmos.

No âmbito do tema do relatório, os resultados com particular interesse para o enunciado “*bem-estar e autocuidado*” (OE, 2018b) decorrentes da eficácia de um programa de fortalecimento dos músculos faciais na pessoa com parésia facial, consideram-se: a melhoria da autoestima e satisfação com a imagem corporal, a melhoria na comunicação e expressão emocional, promovendo a interação social, contribuindo para o bem-estar físico e psicológico. O aumento da força dos músculos faciais também promove a capacidade de realizar AVD como comer, beber e higiene pessoal, nomeadamente a higiene oral, com impacto na independência funcional. Concomitantemente, a capacidade de comer e beber de forma segura e confortável, são igualmente promotores de autoconfiança, maior facilidade de socialização nos momentos de refeição e satisfação com a alimentação, reduzindo complicações associadas à disfagia.

Ainda ao nível da “*prevenção de complicações*” (OE, 2018b) no sentido de melhoria da qualidade dos cuidados, foi realizada uma sessão de formação sobre a avaliação da deglutição no contexto de estágio profissionalizante. As consequências associadas à disfagia, resultaram na integração da triagem deste parâmetro como um indicador da qualidade dos cuidados à pessoa com AVC. Este reconhecimento foi inclusivamente estabelecido por um consenso europeu no contexto do *European Implementation Score Project*, que definiu indicadores de qualidade para o tratamento do AVC agudo após avaliar o impacto de 4 padrões de qualidade, nos quais se incluem a avaliação de disfagia (Wiedmann et al., 2015; citado por Gonçalves et al., 2015). Ficou demonstrado que a aplicação mais rigorosa desses indicadores padrão está associada a uma redução na taxa de mortalidade (Gonçalves et al., 2015; Turner et al., 2015).

A triagem precoce de pessoas com AVC, com alto risco desenvolverem disfagia, leva os profissionais de saúde a adaptar estratégias de reabilitação individualizadas, a planear o programa de reabilitação e o processo de alta em tempo útil (Lin et al., 2019). As recomendações decorrentes do estudo de Lin e colaboradores (2019), podem auxiliar na tomada de decisão precoce, melhorar o uso dos recursos de saúde, melhorar a funcionalidade e diminuir os encargos financeiros em saúde.

Esta informação demonstra desde logo a necessidade de preocupação com esta problemática no contexto demográfico e clínico das pessoas internadas num serviço de medicina interna, maioritariamente geriátricas, com múltiplas comorbilidades e com diagnóstico de patologias já mencionadas. É inquestionavelmente um problema que implica uma avaliação, intervenção e cuidado centrado na pessoa e contexto familiar em que está inserida.

Os ganhos em saúde para a população decorrentes de uma avaliação precoce e implementação de intervenções de enfermagem no sentido da reeducação da deglutição são evidentes, traduzindo-se numa melhoria da qualidade de vida não só da pessoa, mas também dos prestadores de cuidados (Domingos & Veríssimo, 2014).

A necessidade de realização da presente sessão de formação comprova a promoção e contributo para uma prática baseada na evidência e atividades promotoras da atualização de conhecimentos e consequente melhoria contínua da qualidade dos cuidados, essencialmente através da prevenção do compromisso da funcionalidade e consequente promoção de processos de “*readaptação funcional*” e “*reeducação funcional*” (OE, 2018b).

### **3.1.3. C — Domínio da gestão dos cuidados**

Na continuidade do domínio anterior, considera-se o enunciado descritivo “*organização dos cuidados de enfermagem*” (OE, 2018b), vinculado com o Domínio (C) “*da gestão dos cuidados*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748). O objetivo específico considerado para a seleção de atividades que visaram dar a resposta a este domínio foi: gerir eficazmente os cuidados do âmbito da ER ao longo do estágio.

Importa começar por referir a importância do processo de integração estabelecido em ambos os estágios com a equipa de enfermagem e multidisciplinar, numa perspetiva de estabelecer um ambiente de trabalho produtivo e potenciador do trabalho em equipa, na tomada de decisão em prol das pessoas. Comecei por observar a dinâmica das equipas e serviços e desde logo participei e contribuí para a transmissão e continuidade de cuidados seguros, nos momentos de passagem de ocorrências, no que diz respeito aos cuidados de ER. Demonstrei adaptação às organizações e isso refletiu-se no meu desenvolvimento profissional, pela capacidade na articulação e prestação de cuidados.

Apesar da dificuldade inicial sentida e experienciada em “desprender-me” das funções de enfermeira de cuidados gerais, no papel de estudante da especialidade em ER nos contextos, o ambiente em ambos os estágios foi facilitador dessa transição. Aprimorei este processo de especialização que, de acordo com o *feedback* que me foi dado quer pelos enfermeiros supervisores como pelos professores orientadores, e ainda dos resultados alcançados pelas intervenções implementadas, considero ter ultrapassado de forma eficaz.

A gestão dos cuidados de reabilitação foi também alvo de um processo de aprendizagem e integração gradual ao longo da minha experiência prática que começou pela observação e perceção da gestão dos cuidados nos contextos de estágio, pelos enfermeiros já especialistas em complementaridade com outras áreas de especialidade, até à perceção, integração e promoção efetiva de uma abordagem multidisciplinar. De referir que após o momento de passagem de ocorrências, a organização dos cuidados foi sempre validada no início de cada turno com os enfermeiros supervisores dos contextos.

No avançar dos estágios e ao demonstrar a eficácia das intervenções e programas implementados em ganhos em saúde para as pessoas acompanhadas, a própria equipa multidisciplinar demonstrou reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, solicitando o meu contributo e colaboração na prática, nomeadamente em atividades relacionadas com limpeza das vias aéreas, desmame de oxigenoterapia, cuidados associados a ventilação não invasiva, mobilizações, transferências, e promoção e capacitação para o autocuidado.

Muitas foram as vezes em que tive oportunidade de colaborar com cuidadores que assumiram o seu papel numa atitude de parceria de cuidados com a equipa multidisciplinar, que promoveram a continuidade dos programas e contribuíram positivamente nos processos de recuperação. Apoio na adesão, cumprimento e gestão terapêutica, por exemplo inalatória, após realizados ensinamentos em pessoas com doenças respiratórias crónicas; promoção dos autocuidados em domicílio na ausência dos profissionais de saúde; incentivo à manutenção dos programas de reabilitação prescritos; partilha de informação clínica relevante; são apenas algumas das mais valias que se realçam destes participantes.

Quer no contexto comunitário como no contexto hospitalar, foi prioritário promover a adesão e comparência das pessoas a consultas médicas ou de especialidades complementares ao seu processo de reabilitação. Neste sentido, as sessões domiciliárias agendadas e a organização dos cuidados em internamento, foram integrados numa vertente de comunicação eficaz entre as equipas, assegurando que as pessoas recebiam cuidados personalizados, decorrentes de um esforço colaborativo entre as diferentes especialidades, que comprovou maximizar a funcionalidade, a recuperação, bem como as oportunidades e acesso à saúde.

Um exemplo específico desta gestão, consistiu na situação da qual emergiu o estudo de caso (apêndice V) em que a pessoa com parésia facial periférica estava concomitantemente a ser acompanhada por terapeuta da fala e terapeuta ocupacional, tendo os cuidados do

internamento, nomeadamente autocuidados e implementação do programa de fortalecimento muscular facial, sido geridos de forma a integrar todas essas valências no plano de recuperação da pessoa, traduzindo uma abordagem multidisciplinar.

Em ambos os estágios, várias foram as situações de gestão de casos complexos, nomeadamente em pessoas idosas com múltiplas comorbilidades nos quais é imperativo adequar as técnicas e intervenções às suas especificidades, através de uma abordagem integrada e abrangente dos conhecimentos de enfermagem, aprofundados num ramo de especialidade. A necessidade de monitorizar sinais vitais e outros parâmetros de segurança identificados mais à frente neste trabalho, assim como a consulta prévia do processo clínico e exames complementares de diagnóstico, fazem parte deste processo.

Também a priorização dos cuidados foi central a toda a logística quer domiciliária como hospitalar. Em contexto domiciliário salvaguardou-se o contacto com as famílias, por meio das administrativas, de forma a minimizar ausências ou faltas de comparecimento e otimizar o tempo do turno na prestação de cuidados e não em deslocações que se vinham a confirmar desnecessárias. As visitas domiciliárias foram combinadas com as pessoas e família em função das suas rotinas, por exemplo os momentos de higiene por outras equipas de cuidados domiciliários, presença de cuidadores para realização de ensinamentos, ou em função da sua ausência outros tratamentos, como é o caso de pessoas com necessidade de frequentar sessões de hemodiálise várias vezes por semana, foram alguns dos exemplos experienciados.

No estágio profissionalizante, situações de alteração do estado de consciência ou exacerbação de sintomas no internamento, foram alvo de uma avaliação e intervenção prioritárias.

Não obstante, esta organização também procurou garantir necessidades básicas como uma higiene pessoal cuidada, sempre com foco no autocuidado, alimentação segura, garantindo igualmente o conforto e bem-estar. Neste parâmetro é de mencionar por vezes a necessidade de delegação de tarefas aos assistentes operacionais, supervisionando e fornecendo acompanhamento de forma a garantir a eficácia e segurança dos cuidados, identificando-se como exemplo, pertinente no âmbito da temática deste relatório, a alimentação.

Outra área de intervenção importante na gestão dos cuidados no serviço de medicina interna, esteve relacionada com a adoção de estratégias ambientais e comportamentais que se comprovassem eficazes no cuidado à pessoa em processos neurodegenerativos, por se terem verificado muito recorrentes e cuja pesquisa foi fundamental neste contexto.

O estudo de O'Brien et al. (2020) analisa a interação entre os pedidos dos profissionais de saúde e as respostas de pessoas com demência, destacando práticas que antecedem tanto a recusa quanto a aceitação. As estratégias utilizadas incluem modificar a forma como os pedidos são feitos, usar formas de comunicação mais diretas ou assertivas e tentar entender e abordar as razões subjacentes à recusa, antecipando e minimizando resistências (O'Brien et al., 2020).

As estratégias identificadas que indicam promover a cooperação passam por: expressar uma maior autoridade especializada e anunciar ações futuras como por exemplo "vou só fazer isto"; propor atividades conjuntas, "vamos fazer isto juntos" e; fazer declarações de necessidade, como "preciso de fazer " determinada tarefa; seguida de verificação e solicitação de permissão, incentivando à participação e inclusão da pessoa; instruções diretas em contextos específicos, enfatizando a importância das mesmas para a saúde e bem-estar; utilização de expressões que reduzem a percepção de magnitude, duração ou frequência da tarefa solicitada como "apenas", e encorajando a pessoa a "tentar" ou repetir, o que demonstra uma orientação para superar potenciais desafios de forma simples e descomplicada (O'Brien et al., 2020).

Adicionalmente Backhouse et al. (2022) sugerem como estratégias para gerir a recusa pela pessoa com demência: encontrar o momento certo para o cuidado com base no humor da pessoa e evitando o confronto; explicar claramente o que está a ser feito e o porquê, para conquistar a cooperação da pessoa; demonstrar confiança, competência e segurança na prestação de cuidados, ter uma abordagem positiva e alegre; integrar os cuidados nas rotinas familiares quando em contexto domiciliário ou adaptar os cuidados a essa mesma organização e falar dos interesses da pessoa; demonstrar firmeza no caso da recusa ser agressiva e utilizar advertências; procurar apoio quando a segurança for ameaçada ou estiver em risco, entre a equipa multidisciplinar, familiares, ou outros serviços.

Não é de menor importância identificar que episódios de heteroagressividade, quer físicos como verbal, por parte dos recetores de cuidados, muitas vezes com perturbações neuropsiquiátricas, têm impacto sobre a saúde mental dos enfermeiros, podendo mesmo levar a casos de *burnout* relacionados com o ambiente de trabalho (Vincent-Höper et al., 2020). Os profissionais de saúde relatam igualmente stress e redução da satisfação no trabalho associados à dificuldade de comunicação e em priorizar a autonomia nos cuidados a pessoas com demência, pela exigência de implementação de medidas efetivas (O'Brien et al., 2020).

As estratégias identificadas, vieram a comprovar-se eficazes em várias situações ao longo do estágio profissionalizante, desde episódios de pessoas com recusa alimentar e ingestão

medicamentosa, como na adesão aos programas de reabilitação. Foi experienciado um episódio de heteroagressividade física por parte de um senhor com demência que, num momento inicial foi necessário recorrer não apenas ao apoio de outros profissionais e contenção física do próprio, como administração de terapêutica medicamentosa em SOS. Após este episódio e através do uso apropriado das medidas apresentadas, o senhor demonstrou-se recetivo e participativo nos programas de reabilitação em dias subsequentes.

Contudo, em contexto domiciliário não houve oportunidade de implementar e realizar ensinamentos destas estratégias, apesar da evidência demonstrar a eficácia das mesmas nestes contextos (Backhouse et al., 2022).

#### **3.1.4. D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O último domínio, diz respeito ao (D) *“desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). O objetivo específico delimitado corresponde a: analisar continuamente o percurso desenvolvido em estágio, com vista a aquisição das competências legisladas com base numa prática intencional, refletida e suportada na evidência científica.

Os contextos de estágio e, mais concretamente, o ambiente de ensino são fortemente potenciadores do desenvolvimento do autoconhecimento e de reflexões intencionais sobre a prática. A capacidade de análise do contexto e situações e a identificação precoce de oportunidades de aprendizagem foram essenciais no processo de aquisição desta competência enquanto futura enfermeira especialista, concretamente em reabilitação.

Fui capaz de, progressivamente, reconhecer os meus limites pessoais e profissionais. As atitudes e comportamentos foram validadas com os enfermeiros supervisores e professores orientadores ao longo desta formação. Fui capaz de aceitar e integrar a crítica de forma construtiva, transformando-a numa oportunidade para o meu desenvolvimento profissional e melhoria contínua, tendo obtido um reconhecimento positivo nos momentos de avaliação.

Tive necessidade de desenvolver quer estratégias de gestão emocional e de conflitos. Como exemplos, sobressai o ambiente *“menos controlado”* e imprevisível que se veio a conhecer o ambiente comunitário, ao contrário das expectativas que levava inicialmente para o contexto. Concretamente na ECCI, houve situações em que, por motivos de atraso à comparência nas visitas domiciliárias, devido à imprevisibilidade dos cuidados em ambiente domiciliário, falha

num atendimento imediato de um telefonema, quando algo não correspondia às expectativas dos familiares, ou mostravam dificuldade na adaptação aos processos de saúde-doença, consistiu numa barreira à prestação de cuidados.

Neste sentido, salienta-se a capacidade e o desenvolvimento de estratégias, como explicar calmamente as causas para cada situação de forma empática e assertiva, com recurso à escuta ativa, traduzindo-se num desescalar da situação e levando a uma compreensão e aceitação das pessoas e familiares ou cuidadores, considerando-se que a intervenção foi eficaz perante os desafios descritos. Outras estratégias desenvolvidas consistiram na resolução de problemas em conjunto, gestão de expectativas através do estabelecimento claro de metas e objetivos nos processos de reabilitação, sendo reavaliadas continuamente, estratégias de negociação e mediação e de *coping*.

O processo de realização da formação em serviço já mencionada, está também previsto no desenvolvimento de competências ao nível do domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente tendo atuado enquanto formadora e facilitadora da aprendizagem, não só na promoção da qualidade dos cuidados, como de uma prática baseada na evidência (Regulamento n.º 140/2019) no estágio profissionalizante. Para este efeito começou por se caracterizar a população alvo e apurar as necessidades de formação do serviço junto da equipa de enfermagem. Neste sentido, foi realizada uma revisão da literatura sobre a avaliação da deglutição no internamento, divulgado o plano de sessão da ação de formação (disponível no apêndice VI) e apresentada à equipa no dia estipulado conforme pode ser consultado no cronograma (apêndice I). Esta apresentação consistiu ainda numa oportunidade para desenvolver a capacidade de exposição oral aos pares, utilizando de forma adequada as tecnologias de informação. Os diapositivos da sessão de formação estão disponíveis no apêndice VII.

A eficácia da formação foi avaliada através da aplicação de perguntas diagnósticas (apêndice VIII) fornecidas aos formandos antes e após a sessão de formação. No entanto, algumas limitações, que se traduzem agora em aprendizagens, foram extraídas deste processo, já que, à data da formação foi solicitado que as pessoas não se identificassem, de forma a manter o sigilo dos participantes. O que resultou no facto da avaliação ter sido feita de forma global (comparando as pontuações pré e pós formação), em vez de se monitorizar a evolução individual de cada participante. Uma alternativa a esta situação passaria por ter codificado previamente os documentos. Foi também realizado e fornecido um questionário de avaliação e satisfação da

formação (disponível no apêndice IX) de forma a apurar a opinião dos formandos relativamente a 3 categorias: conteúdos programáticos e métodos, formadora e avaliação global, com a possibilidade de fazerem sugestões e comentários. Esta apreciação teve como objetivo identificar possibilidades de melhoria em formações futuras.

Está demonstrado pela evidência científica que a formação destes profissionais através de testes de conhecimento e monitorização do mesmo após sessões de formação, sessões de atualização e aquisição de conhecimentos com recurso a simulação, favorece o desenvolvimento de competências transferíveis para a prática de cuidados (Matos et al., 2023).

É fundamental apurar as necessidades de formação, criando oportunidades para a mesma e ultrapassando barreiras como a falta de tempo e acessibilidade. No contexto de estágio, a mesma providenciada no próprio local de trabalho e auscultado o horário mais conveniente para todos os elementos da equipa, de forma a promover a sua comparência e participação.

O compromisso com a praxis clínica especializada e baseada na evidência científica foi já vastamente enaltecido até ao momento, acrescentando que foram dedicadas horas de trabalho autónomo à pesquisa bibliográfica em bases de dados e de revistas científicas, suportando o conhecimento em artigos e livros técnicos disponíveis em bibliotecas, de forma a fundamentar as intervenções e atividades desenvolvidas quer nos trabalhos académicos, como nos contextos de estágio.

Ao longo de todo o percurso do mestrado, desde o estudo e aprofundamento da teoria à sua implementação e integração na prática, culminando com os estágios onde decorreram as atividades em análise, foi percecionada uma evolução significativa da consciência e do desenvolvimento profissional. Considera-se e reflete-se neste momento sobre o amadurecimento relativamente à perceção e real preocupação com o nível funcional de cada pessoa, avaliado deste o primeiro contacto, e com um investimento no sentido do seu autocuidado, pensamento que reflete uma consciencialização, mudança e compreensão aprofundada sobre o saber ser EEER.

A elaboração de um estudo de caso sobre uma situação prática, permitiu mobilizar conceitos relacionados com a anatomo-fisiopatologia da parésia facial, pesquisar e analisar informação científica sobre diferentes abordagens terapêuticas específicas e princípios de reabilitação de forma a desenvolver um plano de cuidados personalizado à pessoa. O confronto com os desafios práticos e a reflexão sobre os mesmos consistiu numa importante de raciocínio crítico e

reflexivo, nomeadamente pela necessidade de readaptar o plano de cuidados de acordo com a pesquisa realizada e concluir sobre limitações e implicações para a prática.

Considera-se que o exposto neste domínio é o culminar da reflexão e fundamentação do processo de aquisição das competências comuns enquanto estudante da especialidade, pretendendo demonstrar a compreensão, análise e integração prática das mesmas. O caminho iniciado com o presente mestrado marca apenas o começo de um percurso de desenvolvimento, investimento e construção profissional contínuo e ilimitado ao longo do exercício da profissão.

### **3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

Chegada esta fase do trabalho, urge dar resposta ao disposto no Regulamento n.º 392/2019 legislador das competências específicas do EEER, onde estão agrupadas em 3 grandes unidades que serão apresentadas de seguida. Este documento enumera como objetivos gerais da reabilitação *“melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”* (p. 13565) ao longo de todo o ciclo vital.

Transversalmente a todas as competências foi feita uma avaliação inicial detalhada de cada situação, utilizados instrumentos e escalas para a documentação dos cuidados especializados em ER, e a implementados planos de cuidados personalizados com o objetivo de responder às necessidades específicas de cada população alvo, com base na evidência científica.

Este enquadramento regulamentar orientou a aquisição das competências desenvolvidas, reafirmando o compromisso com uma prática clínica especializada e orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

- Competência J1: *“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”* (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

Para alcançar esta competência foi definido o objetivo específico: implementar programas de reabilitação personalizados em diferentes contextos e processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e técnicas terapêuticas) com base nas necessidades identificadas e preferências de cada pessoa.

Neste seguimento, autogestão surge intimamente relacionada com a capacitação da pessoa, um conceito central em ER e que se considera que foram alcançados nos vários processos de cuidados elaborados em função das necessidades identificadas para a população alvo de cuidados. Exemplos destes processos foram documentados nos planos de cuidados realizados e estudos de caso, contemplados no plano de estudos do mestrado.

Os processos de cuidados trabalhados em contexto de estágio percorreram todas estas fases do processo de tomada de decisão em enfermagem, tendo como fundamentação e organização um pensamento estruturado pelo conhecimento específico da ER e praxis informada pela evidência, consistindo, portanto, numa continuidade e especificação do considerado nos domínios apresentados anteriormente.

Nos momentos de admissão, foram colhidos os dados relevantes relacionados com a história clínica da pessoa, tais como: motivo de admissão, proveniência, dados pessoais, antecedentes de saúde, avaliação do estado geral, estado de consciência, sinais vitais, grau de dependência e capacidade e participação na execução de AVD prévio e atual, regime terapêutico e respetiva gestão e adesão do mesmo, o que inclui a vontade, motivação e adesão a um plano de reabilitação. Foram validados o conhecimento e as capacidades de cada pessoa, bem como registados os episódios de descompensação. Foi apurada a presença de cuidadores, o seu conhecimento e capacidade para desempenhar o seu papel enquanto parceiro na máxima recuperação do estado de saúde da pessoa e elemento facilitador do plano de cuidados na promoção da sua autonomia e independência.

Em todos os contextos onde foram prestados cuidados, desde as visitas domiciliárias, as consultas de saúde respiratória e os programas de reabilitação no ginásio em regime de ambulatório na UCC, e no serviço de internamento.

Antes de se iniciar um treino de exercício foi necessário avaliar a tolerância ao mesmo, bem como apurar possíveis contraindicações. Nos casos de exercício aeróbico a prova de esforço cardiopulmonar é o exame de referência uma vez que determina a carga máxima de trabalho muscular para a frequência cardíaca e consumo de oxigénio máximos. Na ausência deste exame, é recomendado o uso das escalas de sintomas, nomeadamente a escala de *Borg* modificada, que foi a mais frequentemente utilizada nos contextos (OE, 2018a, p.159)

Outros fatores de segurança passaram por validar a adesão e cumprimento do regime terapêutico, bem como a estabilidade hemodinâmica, mantendo os parâmetros vitais dentro

dos intervalos fisiológicos e de acordo com o perfil da pessoa. Um treino de exercício físico tem que incluir a monitorização da tensão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso, assegurando uma saturação periférica de oxigénio superior a 90% e uma sensação subjetiva de esforço entre 4 a 6 na escala de *Borg* modificada (Orientação técnica n.º 014/2019; OE, 2018a). Foi igualmente considerado o princípio para a prescrição de exercício físico FITT-VP.

Consequentemente, na ausência destes critérios, foram adaptados os exercícios, como por exemplo, diminuir a intensidade ou número de repetições, através da redução dos pesos levantados e diminuição do ritmo na passadeira (nos casos de programas motores no ginásio da UCC) ou promover períodos de descanso e recuperação, ajustando às necessidades, capacidade e tolerância de cada pessoa. Todas as ações mencionadas se traduzem numa política de qualidade, segurança e, consequentemente, prevenção de complicações.

Outros exemplos de situações de contra-indicações que exigiram a adaptação dos cuidados, consistiram na não realização das manobras acessórias de compressão e percussão em pessoas com alterações músculo-esqueléticas como osteoporose e fraturas, e em regiões sem integridade cutânea (OE, 2018a).

Para avaliar as necessidades das pessoas a quem foram prestados cuidados, foi realizada uma avaliação inicial detalhada e utilizados os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em ER (OE, 2016), cujo primeiro contacto aconteceu na teoria, mobilizando os saberes para a prática. Estes permitiram igualmente quantificar, demonstrar e documentar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER que, por sua vez, podem ser utilizados em projetos de investigação ou ser orientadores de boas práticas (OE, 2016), tal como aconteceu nos trabalhos desenvolvidos em contexto académico.

As escalas mais frequentemente utilizadas foram: *Braden*, *Morse*, *Ashworth*, *Borg*, *Glasgow*, *Medical Research Council*, Medida de Independência Funcional e Índice de *Barthel*.

O desenvolvimento do estudo de caso em contexto comunitário, consistiu num momento privilegiado para avaliar o impacto de um programa de reabilitação respiratória no âmbito da consulta de saúde respiratória da UCC, cujos resultados foram mensurados através do Teste de Marcha de 6 Minutos, o Teste de Sentar e Levantar em 1 Minuto e a *London Chest Activity of Daily Living* (DGS, 2019; OE, 2016), ficando demonstrados ganhos em saúde, nomeadamente na melhoria da capacidade para o exercício, aumento da distância percorrida pelo teste de marcha de 6 minutos e aumento do número de repetições pelo teste de sentar e levantar em 1 minuto,

melhoria do padrão respiratório e diminuição da sensação de falta de ar sentida na realização das AVD.

No estágio profissionalizante, os instrumentos utilizados foram o HBGS (OE, 2016) no âmbito do estudo de caso, e a *Gugging Swallowing Screen* (OE, 2016) na formação em serviço.

A HBGS foi utilizada para mensurar resultados após a implementação de um programa de exercícios de reeducação dos músculos faciais na pessoa com parésia facial periférica em contexto de internamento hospitalar. É uma ferramenta reconhecida para avaliar a função do nervo facial em casos de paralisia facial e abrange uma série de funções faciais, como movimento dos olhos, boca e sobrancelhas, avalia a simetria e a função dos músculos faciais, possibilitando, assim, uma avaliação abrangente e monitorização da evolução da recuperação do nervo facial (House & Brackmann, 1985), sendo essencial para a documentação e investigação em cuidados especializados de ER.

Esta escala é amplamente utilizada no campo da investigação e encontra-se em inúmeros estudos divulgados sobre esta temática, estando inclusive contemplada no documento *“Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”* (OE, 2016), como uma escala sensível aos cuidados prestados pelos EEER. Apesar de se encontrarem várias traduções e adaptações para diversos idiomas, não é identificada uma validação oficial para Portugal (OE, 2016), pelo que se sugerem estudos neste sentido. Estas traduções e adaptações decorrem da utilidade e consistência comprovada por esta escala. Porém, a validação adequada para uma população específica e uma tradução oficial são processos importantes que conferem uniformização e padronização quer na linguagem como na utilização, conferindo maior fiabilidade ao instrumento, o que sugere a necessidade de mais estudos para garantir que atende às propriedades clinicométricas para a população portuguesa (Sousa et al., 2021).

Por sua vez, a escala de GUSS, encontra-se validada e traduzida para português. No decorrer do estudo de Ferreira et al. (2018) esta escala foi percecionada como a mais adequada para avaliar o risco de aspiração da população alvo de um serviço de medicina. No mesmo estudo, pioneiro na validação deste instrumento para o contexto português, apuraram-se as propriedades clinicométricas da escala GUSS, ficando demonstrada uma boa fiabilidade e excelentes consistência interna e sensibilidade (Ferreira et al, 2018).

Este processo de validação ocorreu especificamente em pessoas após ocorrência de AVC e afirma a sua utilidade na fase aguda (Ferreira et al, 2018). No entanto, a aplicação sistemática desta escala é igualmente indicada em variados outros contextos (OE, 2016). Possibilita realizar uma avaliação atempada da deglutição, personalizar o plano de intervenção e monitorizar a evolução da pessoa ao longo do tempo, permitindo o registo da sua evolução ou degradação, consistindo numa mais valia na adequação contínua dos cuidados (Ferreira et al, 2018), o que volta a reforçar a sensibilidade deste instrumento.

Está demonstrado na evidência científica que a utilização da escala de GUSS reduz o risco de aspiração e a incidência de pneumonias (Trapl et al., 2007; Sørensen et al., 2013; Ferreira et al., 2018), sendo igualmente relevada a importância e contributo da intensificação da higiene oral em pessoas com compromisso da deglutição para este resultado (Sørensen, et al., 2013).

Assim, a utilização destes instrumentos permitiu uma avaliação rigorosa, informada pela evidência científica, monitorizar o progresso, selecionar intervenções em conformidade e reajustar o planeamento sempre que necessário, traduzindo-se numa tomada de decisão consciente, refletida e informada.

No momento da avaliação das pessoas alvo de cuidados nos contextos de estágio e desenvolvimento de competências de EEER, é de realçar a capacidade de realizar o exame físico respiratório com recurso à auscultação pulmonar. Aquando da verificação dos processos clínicos foram consultados os exames complementares de diagnóstico com especial enfoque na avaliação de radiografias de tórax. Dispositivos respiratórios utilizados nos contextos foram o *cough assist* e dispositivos de oscilação intrapulmonar como o *flutter*, para promover a limpeza das vias aéreas (OE, 2018a).

Em ambos os estágios foram realizados diariamente os registos informáticos conforme descrito na apreciação dos contextos, tendo estes contribuído igualmente para a construção do raciocínio inerente ao processo de tomada de decisão em ER e autonomia na decisão clínica.

- Competência J2: *“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567)

O objetivo específico para a segunda competência trabalhada, foi: implementar programas de reabilitação personalizados em diferentes contextos e processos de cuidados (neurológico,

cardiorrespiratório, orto-traumatológico e técnicas terapêuticas) com vista a promoção da autonomia da pessoa e cuidadores.

Reforçam-se os exemplos expressos anteriormente ilustrativos da promoção da autonomia e capacitação das pessoas e famílias nos contextos, fortemente vinculados a esta competência. Relembrando os termos de consentimento realizados, importa referir que os mesmos foram devidamente explicados aos participantes dos estudos aos quais apenas se deu continuidade após aceitação da sua participação de forma livre e todas as dúvidas serem validadas e esclarecidas, permitindo que a sua decisão fosse refletida e informada, favorecendo a sua autodeterminação.

No que concerne à “*promoção da inclusão social*” (OE, 2018b), outro dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, que se considera ter sido trabalhada no estágio profissionalizante através da preparação para a alta e abordagem multidisciplinar pela articulação de cuidados com as assistentes sociais e com os próprios cuidadores.

Identifica-se como limitação durante o estágio profissionalizante, a impossibilidade de se dar seguimento ao acompanhamento das pessoas, uma vez que o estado atual da articulação dos cuidados ainda não permite uma efetiva integração dos cuidados e a possibilidade de dar continuidade ao acompanhamento dos processos, de forma a comprovar os benefícios do investimento dos cuidados prestados entre os contextos hospitalares e ambulatório, ainda que esta integração esteja a ser trabalhada a nível organizacional. Tal como apurado na pesquisa conduzida por Sousa e colaboradores (2020), seria “*importante trabalhar o sucesso das pessoas após as transições efetuadas*” (p. 69), deixando esta limitação espaço para futuras reflexões e necessidades de investigação decorrentes do seguimento de transições bem-sucedidas (Sousa et al., 2020).

No entanto, durante o estágio comunitário, destaca-se uma experiência ao nível da reinserção social, com uma senhora com múltiplas comorbilidades, submetida a amputação transfemural do terço inferior da coxa direita e que habitava sozinha num primeiro andar sem elevador. Após a intervenção cirúrgica, ficou em casa da filha com apoio desta, totalmente dependente nos autocuidados e sem perspetivas próximas de colocação de prótese. Ao longo do programa de reabilitação motor – que começou ao nível do ensino e capacitação, uma vez que a senhora verbalizava medo de cair, passando por atividades terapêuticas no leito, levante e transferências, até à capacidade de andar de cadeira de rodas e andarilho – a senhora aumentou

significativamente a sua independência funcional, demonstrando satisfação, com impacto positivo na sua autoconfiança. Porém, simultaneamente a este processo de recuperação, também marcado por incerteza e constatação das dificuldades quanto ao regresso à sua habitação, a própria identificou que a melhor solução para si seria integrar um lar. O lar em questão ficava localizado no bairro onde vive, próximo da filha, e que já conhecia e frequentava uma vez que é onde se encontra o marido, o que se identificou como promotor e facilitador da sua inclusão social. A mesma acabou por se demonstrar positiva com esta solução, apesar do receio e alguma ansiedade inerente a uma nova situação de transição de saúde doença e organizacional (Meleis, 2010). Por fim, este exemplo reflete a consideração pelas preferências, valores individuais e da dinâmica sociofamiliar, respeitando a vontade e a escolha da senhora e família, ilustrando o conceito de cuidados centrados nas pessoas (WHO, 2007).

- Competência J3: *“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567)

O objetivo orientador a este nível foi: implementar um programa de reabilitação com o objetivo de promover a funcionalidade da pessoa e reavaliar os seus resultados.

Os estudos de caso e documentos realizados em contexto académico, demonstraram ganhos em saúde, comprovando o contributo das competências especializadas na funcionalidade da pessoa. Concretamente no estudo de caso realizado no serviço de internamento de medicina, ficou demonstrada melhoria da simetria facial e do tónus muscular, deglutição e redução de complicações associadas, como extravasamento de sialorreia pela comissura labial, após implementação de um plano de cuidados personalizado de reabilitação na pessoa com parésia facial periférica sequelar a AVC.

A capacidade de elaborar e implementar um plano de cuidados personalizado, com base nas premissas anteriores, com vista a recuperação e promoção da autonomia e prevenção de complicações, a implementação de estratégias adaptativas identificadas para ultrapassar necessidades sentidas pela pessoa, descritas no exame objetivo e no plano de cuidados, a promoção da sua participação e o respeito e consideração pela sua decisão, também ilustra a aquisição das competências do regulamento em análise. Os planos de cuidados foram atualizados e reformulados na ausência de progresso, reajustando-se às necessidades avaliadas e definindo novas metas.

Para além do referido no subcapítulo da gestão dos cuidados, outras situações constituíram desafios à prestação de cuidados, como barreiras linguísticas, cognitivas ou culturais. O esforço reunido entre a equipa multidisciplinar, enquanto elemento facilitador, contribuiu para promover a recuperação da pessoa e a continuidade dos cuidados. Um exemplo de superação destes obstáculos no estágio profissionalizante, aconteceu com um senhor que teve um AVC isquémico com parésia facial central e disartria sequelar. Este senhor era natural do irão e falava a sua língua natural e um pouco de inglês. Para auxiliar e aumentar a eficácia do programa de reabilitação dos músculos faciais (já previamente desenvolvido no contexto da prática clínica que originou o estudo de caso), foi realizado um material educativo com recurso a imagens das diferentes expressões faciais que foram ensinadas através de gestos e ficaram na presença do senhor para que pudesse dar continuidade ao programa na ausência de supervisão, promovendo não só a funcionalidade como a sua autonomia.

Foram realizados diversos ensinamentos nos contextos de estágio. Um dos exemplos de material informativo construído para promover a melhoria da capacidade funcional, foi num desdobrável informativo desenvolvido no âmbito da consulta de saúde respiratória na UCC e entregue aos participantes com técnicas de conservação de energia para pessoas com o diagnóstico de enfermagem de intolerância à atividade ou ventilação comprometida. Este material veio a comprovar-se particularmente útil, pois a pesquisa realizada neste contexto foi mobilizada e estes ensinamentos foram feitos transversalmente quer no contexto domiciliário como hospitalar. Como resultados adicionais verificou-se o empoderamento, aumento da literacia em saúde e sobre a sua doença, verbalizado pelos mesmos, com consequentemente aumento da autonomia e impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa e cuidadores decorrente das estratégias ensinadas.

Várias foram também as oportunidades de capacitação dos cuidadores no sentido de prevenção de lesões do sistema músculo esquelético, cujos estudos comprovam a eficácia da intervenção dos EEER, na capacitação dos cuidadores informais de pessoas dependentes no domicílio (Matos & Araújo, 2021). Na continuidade da situação apresentada do senhor submetido a encavilhamento cefalomedular em contexto domiciliário, na primeira visita, constatamos que a esposa, principal cuidadora, estava a fazer esforços com risco de incorrer em lesões musculoesqueléticas para a mesma ou que, em contra partida, o senhor estava a fazer as suas necessidades fisiológicas no leito por falta de conhecimento de ambos de como o senhor se devia transferir sem prejudicar a recuperação e correr riscos após a referida cirurgia. Foram

ensinados da correta técnica de transferência, tendo realizado 1º levante progressivo, sem intercorrências. Numa visita subsequente foi verificado que o senhor estava a sair da cama pelo lado que fica mais longe da casa de banho, um espaço restrito com muitos móveis que, para além de condicionarem a mobilidade, aumentavam o risco de queda. Atendendo a que o treino de marcha foi iniciado com recurso a andarilho, foram explicadas as vantagens de, naquela fase da sua recuperação, se transferir pelo lado oposto da cama, o que promoveu uma adaptação mais eficiente às suas limitações pela utilização das medidas propostas.

### **3.3. Grau de mestre**

De acordo com o legislado no Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre numa determinada especialidade, no caso, em ER, é atribuído pela instituição de ensino a quem demonstre de forma justificada as competências exigidas pelos órgãos legais da profissão equivalente ao ciclo de estudos pós-graduado correspondente. Nesta matéria, o título de mestre pressupõe um aprofundamento no nível de conhecimento e compreensão, comparativamente ao 1.º ciclo de estudos da área, sendo enumeradas as alíneas:

- a) “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que” (p. 4162):
  - i) “Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde” (p. 4162);
  - ii) “Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (p. 4162);
- b) “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p. 4162);
- c) “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (p. 4162);
- d) “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (p. 4162);

e) “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p. 4162).

Ao longo do curso de mestrado em ER, houve um aprofundamento do conhecimento comparativamente à licenciatura em enfermagem, desde logo através do estudo de cuidados especializados numa área mais específica do conhecimento, como é a reabilitação.

O estágio, enquanto oportunidade do exercício prático, e o relatório, pela sua potencialidade de reflexão sobre a ação, contribuíram para demonstrar a capacidade de realizar avaliações especializadas, desenvolver planos de cuidados e programas personalizados e reavaliação sistemática da sua eficácia. Este processo de tomada de decisão, foi feito através de uma gestão eficiente dos recursos, de tempo e de casos complexos, pela necessidade de priorização das necessidades identificadas. A variedade dos estágios traduziu-se numa eficaz adaptação em diferentes contextos.

Para atingir este grau académico, realçam-se as competências em investigação adquiridas ao longo do curso, que permitiram a procura de conhecimento de forma autónoma, aprofundar a capacidade de pesquisa em fontes fidedignas e bases de dados científicas, e análise de estudos com qualidade e rigor metodológico, promovendo uma prática informada pela melhor evidência disponível. Este processo desenvolveu ainda um olhar mais atento e raciocínio mais crítico sobre a informação analisada e experiências vividas.

Atingir o grau de mestre em enfermagem, implica, portanto, uma análise crítico-reflexiva constante e contínua do percurso de aprendizagem. O relatório, com foco no contributo do EEER na pessoa com parésia facial e compromisso da deglutição, suportado na revisão da literatura científica e referenciais teóricos e filosóficos dos cuidados, permitiu não só a identificação das atividades desenvolvidas na prática, como uma análise crítico-reflexiva das mesmas, orientadas pelas competências e padrões regulamentados, que devem ser espelhados no exercício dos cuidados especializados em ER. Como tal, considera-se que o trabalho realizado até ao momento neste relatório responde às alíneas citadas, algumas das quais convergentes com as competências evidenciadas e descritas no âmbito dos documentos reguladores da acreditação do título de EEER, culminando nas necessárias para o reconhecimento do grau de mestre em enfermagem.

#### 4. ANÁLISE SWOT

Neste capítulo, é feita uma reflexão de carácter mais íntimo sobre o desenvolvimento de competências ao longo do percurso de aprendizagem enquanto estudante do mestrado em ER, através de uma análise SWOT, sigla para designar forças (*strengths*), fraquezas (*weaknesses*), oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*) (Abujaber et al., 2023).

Segundo esta estratégia, as forças correspondem a facilitadores internos, ou seja, vantagens, habilidades, ou outros fatores positivos que impulsionam o desenvolvimento de competências. Neste contexto, identificam-se os conhecimentos teóricos e experiências teórico práticas adquiridas previamente aos estágios, nas aulas do curso do mestrado, consolidadas por meio de estudo autónomo, e que promoveram uma melhor integração e compreensão quer dos diferentes processos de cuidados, como do papel do EEER em cada situação experienciada.

Uma estratégia pessoal identificada como facilitadora e organizadora do estudo autónomo, consistiu em manter um caderno de estágio onde realizei os registos diários dos turnos, com as atividades desenvolvidas, em ambos os contextos. Além de auxiliar a relembrar as experiências de forma a incluí-las neste relatório, também contribuiu para a minha capacidade de reflexão.

A reflexão contínua acerca das necessidades de aprendizagem e gestão dos cuidados, garantiram práticas seguras, visando a melhoria da qualidade. Destaca-se a adequação das técnicas corretas de mecânica corporal, bem como a capacidade de seleção e uso apropriado de ajudas técnicas para cada situação.

As forças enumeradas, foram fundamentais para ultrapassar e lidar com as necessidades de aprendizagem e de investigação constantes ao longo do curso, estas últimas consideradas fraquezas. No entanto, a prática contínua e persistência, promoveram uma maior capacitação e agilidade para este processo, passando a ser percecionadas como forças pelas competências adquiridas e ainda como oportunidades, uma vez que as funcionalidades destas ferramentas vieram confirmar-se promotoras de novas aprendizagens e de uma prática informada pela evidência, gerando maior confiança, assim como segurança e melhores resultados.

As fraquezas referem-se a inibidores internos, que podem consistir em limitações, falta de recursos ou outras barreiras que possam impedir a obtenção dos objetivos propostos. Ao longo do mestrado, a aquisição de competências foi gradual e progressiva. Ainda assim, uma das dificuldades sentidas foi no âmbito da investigação. A pesquisa e análise de informação científica, nomeadamente em bases de dados com artigos em língua estrangeira e termos

técnicos, bem como necessidade de interpretação de variados gráficos, tornou o processo de análise e integração da informação mais demorado, principalmente nos trabalhos académicos.

A dificuldade na capacidade de resumo e síntese na realização dos trabalhos académicos e nos momentos de avaliação presenciais, foi outra fraqueza identificada. Esta dificuldade foi mitigada através do treino persistente, maior consciencialização sobre a informação relevante a transmitir em cada situação e pelo cumprimento do limite de páginas impostos.

As oportunidades, ou facilitadores externos, representam fatores ou situações externas que permitem explorar as atividades ao longo do processo de aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento de competências. O acompanhamento e supervisão constantes por parte dos EEER supervisores nos contextos e professores orientadores foram fundamentais na garantia de boas práticas, desenvolvimento profissional e estímulo do raciocínio crítico que se pretende desenvolver neste ciclo de estudos.

Também a diversidade dos contextos de estágio permitiu desenvolver competências variadas pelas suas múltiplas valências. O contexto domiciliário, apesar de desafiante, proporcionou oportunidades para identificar estratégias criativas na promoção da adesão contínua aos programas de reabilitação, por exemplo, através da superação de barreiras relacionadas ao acesso a materiais adequados em domicílio das pessoas. Já no ginásio da UCC e no serviço de medicina, o espaço físico era adaptado às necessidades de reabilitação, com vasta diversidade de materiais e produtos de apoio disponíveis, que facilitam a mobilidade e promovem a independência funcional, interação social e manutenção dos programas de reabilitação das pessoas nestes contextos.

Durante o estágio profissionalizante, a ausência de uma avaliação da sistemática da deglutição com recurso a escalas, como a escala de GUSS, foi identificada como uma oportunidade para mudança. A minha intervenção resultou na realização de uma sessão de formação sobre a avaliação da deglutição no internamento, com vista à melhoria contínua dos cuidados.

Por sua vez, as ameaças, identificadas como inibidores externos, podem consistir em barreiras ou situações prejudiciais que podem afetar negativamente o desempenho. As limitações de tempo inerentes à duração dos estágios, da entrega do relatório de estágio profissionalizante e a necessidade de coordenar o estágio com a atividade laboral, emergem como ameaças. Estes fatores não só representam desafios logísticos, como podem afetar a profundidade e eficácia da

aprendizagem, gerando stress e risco de reduzir a qualidade dos trabalhos propostos. Este fator traduziu-se em preocupação, atendendo às minhas expectativas individuais enquanto estudante.

Neste sentido, a gestão de tempo, através de uma organização meticulosa e capacidade de priorizar tarefas foram essenciais neste processo. Estratégias de *coping* adaptativas, e, uma vez mais, sob a orientação próxima dos tutores, como negociar a flexibilidade de horários e prazos de entrega (inicialmente estipulados no plano de atividades), falar com pessoas significativas ou de referência que já passaram pelas mesmas exigências, manter um estilo de vida saudável e equilibrado, tentando conciliar exercício físico, alimentação e rotinas de sono, ajudaram-me a sentir controlo sobre as situações básicas nas minhas rotinas diárias.

A autoconsciência e autorregulação emocional foram fundamentais não só nos processos com os recetores de cuidados, mas perante os orientadores nos momentos de avaliação. Uma estratégia desenvolvida e praticada nos momentos de entrega e apresentação de trabalhos e de avaliação consistiu em planear antecipadamente as atividades e gerir eficazmente o tempo, aliados a uma boa preparação que promoveu o meu relaxamento e autoconfiança nestes momentos também potencialmente geradores de alguma incerteza.

Por último e também reconhecidas como ameaças, reflete-se acerca das limitações dos próprios serviços de saúde. Neste sentido, volta a referir-se os rácios reduzidos de EEER nos contextos, não garantindo cuidados especializados em todos os turnos, assim como a necessidade de profissionais especializados serem mobilizados para prestar cuidados menos diferenciados devido à escassez de recursos humanos nos serviços, podendo traduzir-se em restrições às necessidades de aprendizagem e ainda no acesso a cuidados de reabilitação à população.

A análise SWOT contribuiu para uma compreensão mais clara dos desafios e oportunidades no desenvolvimento de competências em ER, fundamental para pensar em estratégias que relevem e consolidem os fatores facilitadores e, concomitantemente, encontrar soluções para ultrapassar as dificuldades, contribuindo para a reflexão e evolução contínua e maior resiliência pessoal e profissional.

Foi realizada uma matriz SWOT com a síntese das reflexões deste capítulo na tabela 1.

Tabela 1 - Matriz SWOT

	<b>FACILITADORES</b>	<b>INIBIDORES</b>
<b>FATORES INTERNOS</b>	<p><b>Forças:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimentos teóricos e experiências teórico-práticas adquiridas no curso de mestrado;</li> <li>- Dedicção e estudo autónomo;</li> <li>- Caderno de estágio e registos contínuos;</li> <li>- Reflexão contínua sobre necessidades de aprendizagem e gestão de cuidados;</li> <li>- Aquisição gradual de competências ao longo do mestrado, incluindo capacidade de pesquisa em bases de dados e de análise;</li> <li>- Estratégias de <i>coping</i>.</li> </ul>	<p><b>Fraquezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade na capacidade de resumo e síntese;</li> <li>- Dificuldade na pesquisa e análise de informação científica e tradução de artigos em língua estrangeira;</li> <li>- Dificuldade na gestão de tempo e stress resultante das expectativas enquanto estudante.</li> </ul>
<b>FATORES EXTERNOS</b>	<p><b>Oportunidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionalidades das ferramentas de pesquisa e sistemas de informação;</li> <li>- Acompanhamento constante pelos supervisores e orientadores;</li> <li>- Diversidade dos contextos de estágio;</li> <li>- Contexto domiciliário;</li> <li>- Espaço físico do ginásio da UCC e serviço de medicina interna adaptados e disponibilidade de materiais;</li> <li>- Formação em serviço.</li> </ul>	<p><b>Ameaças:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenação entre estágio e atividade laboral;</li> <li>- Limitações de tempo inerentes à duração do curso do mestrado, dos estágios e datas inicialmente previstas de entrega de trabalhos e do relatório de estágio;</li> <li>- Rácios reduzidos de EEER nos contextos de estágio;</li> <li>- Escassez de recursos humanos nos serviços de saúde.</li> </ul>

## CONCLUSÕES

O estágio profissionalizante, no âmbito do qual foi redigido o presente relatório, proporcionou uma integração significativa dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso, sob a supervisão experiente da EEER e orientação académica. Este período foi marcado por uma prática reflexiva intensa, essencial para o desenvolvimento de competências especializadas, fundamentadas com base na evidência científica e nos quadros de referência do exercício profissional de ER. A diversidade dos contextos de estágio, comunitário e hospitalar, contribuiu positivamente para a maior compreensão, em contextos práticos, do processo de tomada de decisão, assim como a possibilidade de aprofundar o conhecimento e aplicar variadas técnicas em processos de cuidados específicos, como ilustrado neste documento.

A prática reflexiva é essencial na formação em enfermagem. Este processo não só facilita a aquisição de conhecimento e habilidades por meio da reflexão sobre as experiências vividas, como promove a autonomia, capacidade de decisão e análise crítica das diferentes situações experienciadas (Peixoto & Peixoto, 2016). Esta autonomia, traduziu-se na capacidade de “*aprender a aprender*” (Barata, 2017), para que seja capaz de efetivamente promover a autonomia dos que são cuidados, capacidade essencial em ER.

O curso do mestrado impulsionou o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a construção de uma identidade da imagem profissional enquanto futura EEER coerente com as aprendizagens consolidadas. A reflexão permitiu desenvolver e aprofundar uma prática assente em princípios éticos, a capacidade de gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais, informada pela evidência científica, essencial para responder de forma eficaz às complexidades dos cuidados e promover a melhoria contínua da qualidade nas instituições de saúde.

A pesquisa bibliográfica ao longo do estágio, em paralelo com o exercício prático e aplicação dos conhecimentos – nomeadamente por meio da realização do estudo de caso e do presente relatório – permitiu uma compreensão aprofundada das necessidades das pessoas e evidenciou a importância dos cuidados especializados de ER, concretamente numa avaliação especializada e implementação de intervenções personalizadas em pessoas com parésia facial e com compromisso da deglutição. As estratégias identificadas, no âmbito da competência dos cuidados especializados em ER são promotores da saúde e bem-estar da população.

O contributo desta especialidade verifica-se uma mais valia nos contextos. Como resultados principais a destacar no âmbito do tema deste relatório, pela intervenção dos EEER, verificam-se melhorias no tónus muscular e simetria facial em casos de parésia facial e redução de sintomas associados, como o extravasamento de conteúdo da cavidade oral pela comissura labial. Estes ganhos, promovem igualmente a melhoria da função da deglutição pelo eficaz encerramento oral e maior controlo do bolo alimentar, reduzindo o risco de aspiração e melhorando o aporte nutricional, a satisfação com a alimentação, a autoestima e qualidade de vida.

Recomenda-se a continuação de investigação das intervenções dos EEER na pessoa com parésia facial, nomeadamente estudos mais robustos que apurem os níveis de evidência e graus de recomendação e ainda a uniformização da terminologia das técnicas apuradas através da revisão da literatura realizada, específicas do âmbito da reabilitação. Perspetiva-se ainda a possibilidade de continuar a desenvolver técnicas inovadoras e monitorização da sua eficácia, nomeadamente por meio dos avanços tecnológicos.

Sugerem-se também estudos para comprovar a eficácia das intervenções do plano de cuidados apresentado no estudo de caso, e a necessidade de estipular a frequência, intensidade e duração do treino, já que foi uma dificuldade sentida, assim como a monitorização da eficácia do programa de reabilitação a longo prazo, inclusivamente em situações de transição bem-sucedidas (Sousa et al., 2020). Considera-se pertinente a validação de um instrumento de medida para avaliar a parésia facial, como o HBGS, que atenda às propriedades clinicométricas para a população portuguesa.

Os resultados deste estudo contribuem e comprovam a necessidade de integração de EEER nos contextos. As instituições de saúde devem adotar políticas de monitorização contínua da qualidade dos cuidados, não apenas do ponto de vista da melhoria da segurança e satisfação das pessoas, mas também de motivação e satisfação dos profissionais (Melim, 2020), numa perspetiva de subsistência dos sistemas de saúde. Recomenda-se igualmente a formação contínua dos enfermeiros nas equipas e o seu envolvimento em projetos de melhoria contínua, de forma a estarem mais capacitados para lidar com as situações apresentadas. De realçar o papel do EEER enquanto elemento dinamizador e promotor destas formações e prática informada pela evidência nos serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abujaber, A. A., Abd-alrazaq, A., Al-Qudimat, A. R., Nashwan, A. J. (2023) A Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) Analysis of ChatGPT Integration in Nursing Education: A Narrative Review. *Cureus*, 15 (11), 1-12. DOI: 10.7759/cureus.48643

Anéas, G. C. G. & Dantas, R. O. (2014). A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faríngea. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 21 (1), 21-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpg.2013.11.004>

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa: Grupo Cabeça-Pescoço (2015). *Linhas de Consenso: Parotidectomia*. Consensos & Estratégias.

Azevedo, M. C. D., e Charchat-Fichman, H. & Damazio, V. M. M. (2021). Environmental interventions to support orientation and social engagement of people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*, 15 (4), 510-523. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-040012>

Backhouse, T., Jeon, Y-H., Killett, A. & Mioshi, E. (2022). How do family carers and care-home staff manage refusals when assisting a person with advanced dementia with their personal care?. *Dementia*, 21 (8), 2458-2475. DOI: 10.1177/14713012221123578

Barata, L. F. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.

Barreto, S. R., Mourão, A. M., Chaves, T. S., Vicente, L. C. C. (2021). O uso da kinesio taping no tratamento da paralisia facial pós-acidente vascular cerebral fase aguda. *Audiology Communication Research*, 26, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2462>

Bath, P. M., Lee, H. S., Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, 10 (CD000323). DOI: 10.1002/14651858.CD000323.pub3

Braga, R. (2017a). Avaliação da Função da Deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.

Braga, R. (2017b). Reeducação da Deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.

Bushman, B. (2014). Determining the I (Intensity) for a FITT-VP Aerobic Exercise Prescription. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 18 (3), p. 4-7. DOI: 10.1249/FIT.0000000000000030

Bushman, B. (2018). Determining the P (for Progression) in a FITT-VP Exercise Prescription. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 22 (3), p. 6-9. DOI:[10.1249/FIT.00000000000000378](https://doi.org/10.1249/FIT.00000000000000378)

Cardoso, T. S. P. (2016). *A experiência da paralisia facial na vida de relação da pessoa – implicações para a Enfermagem de Reabilitação na recuperação da expressão* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível no RCAAP.

Christensen, M., & Trapl, M. (2018). Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia. *Nursing in Critical Care*, 23 (2), 102–107.

DOI: [10.1111/nicc.12333](https://doi.org/10.1111/nicc.12333)

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República n.º 157/2018, Série I, páginas 4147 – 4182. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>

Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. Diário da República n.º 215/2023 - Série I, páginas 4-20.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A, páginas 2959–2962. Disponível em: [Decreto-Lei n.º 161/96 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized)

Despacho n.º 10142/2009, de 16 de abril. Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República n.º 74/2009, Série II, páginas 15438-15440. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República n.º 187/2021, Série II, páginas 96 - 103. Disponível em: [Despacho n.º 9390/2021 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized)

Direção-Geral da Saúde (2011). Norma n.º 054/2011 de 27 de dezembro. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Vasculares 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [DGS\\_PNDCCV\\_VF.pdf \(min-saude.pt\)](https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized)

Direção-Geral da Saúde (2019). [Orientação técnica n.º 014/2019 de 07 de agosto](#). Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. Direção-Geral da Saúde.

Domingos, A. & Veríssimo, D. (2014). *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida. Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Centro Hospitalar do Médio Tejo EPE: Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Sul.

Ferreira, A. M. S., Pierdevara, L., Ventura, I. M., Gracias, A. M. B., Marques, J. M. F., Reis, M. G. M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (16), 85-94. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Garuti, G., Reverberi, C., Briganti, A., Massobrio, M., Lombardi, F. & Lusuardi, M. (2014). Swallowing disorders in tracheostomised patients: A multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 9 (1), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/2049-6958-9-36>

Gomes, J., Soares, C. M., Bule, M. J. (2019). Enfermagem De Reabilitação Na Prevenção De Quedas Em Idosos No Domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11-17. DOI: 10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571

Gonçalves, D., Vieira, I., Vitorino, M., Félix, P., & Pinto, T. (2015). Avaliação da disfagia numa Unidade de AVC. *Nursing Magazine Digital*, 23, 1-9. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/309859880\\_AVALIACAO\\_DA\\_DISFAGIA\\_NUMA\\_UNIDADE\\_DE\\_AVC\\_-11-23-2015\\_Dysphagia\\_assesment\\_at\\_a\\_stroke\\_unit](https://www.researchgate.net/publication/309859880_AVALIACAO_DA_DISFAGIA_NUMA_UNIDADE_DE_AVC_-11-23-2015_Dysphagia_assesment_at_a_stroke_unit)

Hesbeen, W. (2001). *A reabilitação. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

House, J. W. & Brackmann, D. E. (1985). Facial nerve grading system. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 93 (2), 146-147. DOI: [10.1177/019459988509300202](https://doi.org/10.1177/019459988509300202)

İçağasioğlu, A., Baklacioğlu, H. Ş., Mesci, E., Yumuşakhuylu, Y., Murat, S., Mesci, N. (2017). Economic burden of stroke. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63(2), 155-159. DOI: 10.5606/tftrd.2017.183

Instituto Nacional de Estatística (2023). Causas de morte 2021. Disponível em: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Kang, J., Chun, M. H., Choi, S. J., Chang, M. C., Yi, Y. G. (2017). Effects of Mirror Therapy Using a Tablet PC on Central Facial Paresis in Stroke Patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41 (3), 347-353. DOI: <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.3.347>

Konecny, P., Elfmark, M. & Urbanek, K. (2011). Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43 (1), 73-75. DOI: [10.2340/16501977-0645](https://doi.org/10.2340/16501977-0645)

Konecny, P., Elfmark, M., Horak, S., Pastucha, D., Krobot, A., Urbanek, K., Kanovsky, P. (2014). Central facial paresis and its impact on mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. *Biomedical Papers*, 158 (1), 133-137. DOI: [10.5507/bp.2013.014](https://doi.org/10.5507/bp.2013.014)

Lin, W-C., H., C-Y., L., L-F., C., Y-W, H., C-H. & S., Y-T. (2019). Initial National Institute of Health Stroke Scale to Early Predict the Improvement of Swallowing in Patients with Acute Ischemic Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28 (10), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.07.013>

Lindsay, R. W., Robinson, M. & Hadlock, T. A. (2010). Comprehensive Facial Rehabilitation Improves Function in People With Facial Paralysis: A 5-Year Experience at the Massachusetts Eye and Ear Infirmary. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 90 (3), 391-397. DOI: [10.2522/ptj.20090176](https://doi.org/10.2522/ptj.20090176)

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 (4), 338-343. DOI: [10.1177/0269215507070790](https://doi.org/10.1177/0269215507070790)

Marvanejo, D. (2017). *Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Relatório de mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.

Matos, C. (2011). Paralisia Facial Periférica: O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 907-914. DOI: [10400.17/9](https://doi.org/10.10400.17/9)

Matos, M. A. C., Pinheiro, A. R., Costa, I. M. M., Alvarelhão, J. (2023). Communication and swallowing training of stroke-specialized health professionals using transdisciplinary knowledge

in a patient–actor scenario: A case report. *International Journal of Language & Communication Disorders*. DOI: <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12966>

Matos, M. F. G. & Simões, J. A. G. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (2), 11-19. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770

Matos, M. J. & Araújo, C. (2021). Prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio: Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4 (1), 56-63. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Melim, C. (2020). *Perceção dos EEER sobre o seu contributo para a qualidade dos cuidados: Um estudo de caracterização na RAM*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. Funchal.

Menoita, E. C., Mota de Sousa, L., Alvo, I. B. P. & Vieira, C. M. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde (2016). *Medicina Interna. Rede de Referência Hospitalar*. Disponível em: [Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência \(sns.gov.pt\)](https://www.sns.gov.pt)

Nascimento, M. H. L., Vilela, V., Gonçalves, T. E. S., Santana, R. P. (2022). Instrumentos utilizados por fisioterapeutas para a avaliação de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Health Review*, 5 (4), 12568-12584. DOI:10.34119/bjhrv5n4-051

Norma n.º 008/2019 de 09 de dezembro. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Direção-Geral da Saúde.

O'Brien, R., Beeke, S., Pilnick, A., Goldberga, S. E. & Harwood, R. H. (2020). When people living with dementia say 'no': Negotiating refusal in the acute hospital setting. *Social Science & Medicine*, 263 (113188), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113188>

Ordem dos Enfermeiros & Escola Superior de Enfermagem do Porto (2019). *Ontologia de Enfermagem*. Disponível em: [Ontologia de enfermagem \(ordemenfermeiros.pt\)](http://ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática, Cadernos OE, Série 1, N.º 1*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática, Cadernos OE, Série 1, N.º 7 – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Guia Orientador de Boa Prática, Cadernos OE, Série 1, N.º 10 – Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Ordem dos Enfermeiros-Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Papa-Letras.

Ordem dos Enfermeiros (2023b). Pronúncia conjunta do conselho de enfermagem e da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação n.º 02/2023. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Orientação n.º 017/2011 de 19 de maio. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Direção-Geral da Saúde.

Orientação técnica n.º 014/2019 de 07 de agosto. Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. Direção-Geral da Saúde.

Pavese, C., Cecini, M., Camerino, N., Silvestri, A., Tinelli, C., Bejor, M. & Toffola, E. D. (2014). Functional and Social Limitations After Facial Palsy: Expanded and Independent Validation of the Italian Version of the Facial Disability Index. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 94 (9), 1327-1336. DOI: 10.2522/ptj.20130254

Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (11), 121-132. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pestana, H. (2017). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação in Marques- Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida. (77-88). Loures, Lusodidacta.

Pimenta, E., Costa, A., Bule, M. J., Reis, G. (2019). Recuperar a expressão facial após parésia facial central. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5 (1), 1691-1706. Disponível no Repositório da Universidade de Évora.

Portaria nº 50/2017. [Diário da República n.º 24/2017, Série I de 2017-02-02](#), páginas 608 – 629.

Queirós, P. J. P. (2023a). Enfermagem, História e Epistemologia. *Revista Baiana de Enfermagem*, 37, 1-4. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.53774>

Queirós, P. J. P. (2023b). História e epistemologia num casamento feliz. As teorias de enfermagem numa perspetiva da história. *Cultura de los Cuidados*, 27 (67), 1-7. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.264.51>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019 – 2.ª Serie, páginas 4744 - 4750.

Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/2019 – 2.ª Serie, páginas 13565 - 13568.

Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (19), 39-48. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18040>

Rocha, I. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no ganho de Equilíbrio Postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), 5-17. DOI: 10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755

Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6 (1), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T. et al. (2019). Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26 (2), 35-44.

Sørensen, R. T., Rasmussen, R. S., Overgaard, K., Lerche, A., Johansen, A. M., Lindhardt, T. (2013). Dysphagia Screening and Intensified Oral Hygiene Reduce Pneumonia after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45 (3), 139-146. DOI: [10.1097/JNN.0b013e31828a412c](https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e31828a412c)

Sousa, L. M. M., Martins, M. 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*, 3 (1), 64-69. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.576

Speyer, R., Sandbekkbråten, A., Rosseland, I. & Moore, J. L. (2022). Dysphagia Care and Management in Rehabilitation: A National Survey. *Journal of Clinical Medicine*, 11 (19), 1-16. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11195730>

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A. et al. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38 (11), 2948-2952. DOI: 10.1161/STROKEAHA.107.483933

Turkington, L. G., Ward, E. C. & Farrell, A. M. (2017). Carbonation as a sensory enhancement strategy: a narrative synthesis of existing evidence. *Disability and Rehabilitation*, 39 (19), 1958-1967. DOI: [10.1080/09638288.2016.1213894](https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1213894)

Turner, M., Barber, M., Dodds, H., Murphy, D., Dennis, M., Langhorne, P. et al. (2015). Implementing a Simple Care Bundle Is Associated With Improved Outcomes in a National Cohort of Patients With Ischemic Stroke. *American Heart Association*, 46 (4), 1065-1070. DOI: [10.1161/STROKEAHA.114.007608](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.007608)

VanPutte, C. L., Regan, J. L., Russo, A. F., Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley* (10ª ed.). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.

Vincent-Höper, S., Stein, M., Nienhaus, A. & Schablon, A. (2020). Workplace Aggression and Burnout in Nursing— The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (3152), 1-12. DOI: [doi:10.3390/ijerph17093152](https://doi.org/10.3390/ijerph17093152)

Wertsén, M. & Stenberg, M. (2020). Training lip force by oral screens. Part 3: Outcome for patients with stroke and peripheral facial palsy. *Clinical and Experimental Dental Research*, 6 (3), 286-295. DOI: [10.1002/cre2.282](https://doi.org/10.1002/cre2.282)

World Gastroenterology Organisation. (2014). *Disfagia – Diretrizes e Cascatas Mundiais*.

World Health Organization (2007). *People-centred health care: A policy framework*. Western Pacific Region: World Health Organization. Disponível em: [People-centred health care: a policy framework \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/people-centred-health-care-a-policy-framework)

World Stroke Organization (2023). *Impact of Stroke*. Geneva: World Stroke Organization. Acedido em: [World Stroke Organization \(world-stroke.org\)](https://www.world-stroke.org/)

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **ANEXOS**

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **ANEXO I**

### ***House-Brackmann Grading System***

**Table 1.** Facial nerve grading system

Grade	Description	Characteristics
I	Normal	Normal facial function in all areas
II	Mild dysfunction	Gross: slight weakness noticeable on close inspection; may have very slight synkinesis At rest: normal symmetry and tone Motion Forehead: moderate to good function Eye: complete closure with minimum effort Mouth: slight asymmetry
III	Moderate dysfunction	Gross: obvious but not disfiguring difference between two sides; noticeable but not severe synkinesis, contracture, and/or hemifacial spasm At rest: normal symmetry and tone Motion Forehead: slight to moderate movement Eye: complete closure with effort Mouth: slightly weak with maximum effort
IV	Moderately severe dysfunction	Gross: obvious weakness and/or disfiguring asymmetry At rest: normal symmetry and tone Motion Forehead: none Eye: incomplete closure Mouth: asymmetric with maximum effort
V	Severe dysfunction	Gross: only barely perceptible motion At rest: asymmetry Motion Forehead: none Eye: incomplete closure Mouth: slight movement
VI	Total paralysis	No movement

**Fonte:** House, J. W. & Brackmann, D. E. (1985). Facial nerve grading system. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 93 (2), 146-147. DOI: [10.1177/019459988509300202](https://doi.org/10.1177/019459988509300202)

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **ANEXO II**

### ***Gugging Swallowing Screen***

**GUSS Gugging Swallowing Test**

Data da avaliação \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Identificação doente \_\_\_\_\_

**Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto**

	SIM	NÃO
<b>Vigil</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou limpeza faríngea</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou limpar a faringe 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição eficaz.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão; voz molhada, crepitante ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	
	1 - 4 = Exige avaliação especializada <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

**Secção 2. Teste de deglutição directo** (Material: Água destilada, colher de chá, espessante e pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição lenta (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição eficaz	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (avaliar a voz antes e após a deglutição – solicitar que o doente diga "O")			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = Avaliação especializada <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 - 4 = Avaliação especializada <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 - 4 = Avaliação especializada <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	<b>(20)</b>		

*	Inicialmente administrar de 1/3 a metade de uma colher de chá de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar após a 5ª colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Avaliar e interromper se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
†	Avaliação por especialista em Reabilitação

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido eficaz	Disfagia ligeira / sem disfagia  Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal</li> <li>• Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15–19	Semi-sólido e líquido eficaz  Sólido ineficaz	Disfagia ligeira  Risco de aspiração baixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puré / dieta passada</li> <li>• Líquidos de forma lenta (um gole de cada vez)</li> <li>• Avaliação especializada</li> </ul>
10–14	Semi-sólido eficaz  Líquido ineficaz	Disfagia moderada  Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puré / dieta passada</li> <li>• Líquidos espessados</li> <li>• Comprimidos esmagados e misturados no líquido espessado</li> <li>• Não administrar medicação líquida</li> <li>• Avaliação especializada</li> </ul> <p><i>Suplementação por via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Secção I sem sucesso ou semi-sólido ineficaz	Disfagia grave  Risco de aspiração elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral)</li> <li>• Avaliação especializada</li> </ul> <p><i>Alimentação por via nasogástrica ou parentérica até nova avaliação</i></p>

**Fonte:** Ferreira, A. M. S., Pierdevara, L., Ventura, I. M., Gracias, A. M. B., Marques, J. M. F., Reis, M. G. M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (16), 85-94.  
DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **APÊNDICES**

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **APÊNDICE I**

### **Cronogramas dos estágios**



Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2023	SETEMBRO			OUTUBRO				NOVEMBRO				DEZEMBRO		
	11 a 17	18 a 24	25 a 30	2 a 8	9 a 15		16 a 22	23 a 29	30 a 5	6 a 12	13 a 19	27 a 30	1 a 3	18 a 31
Início de estágio	11													
Plano de atividades		24												
Plano de cuidados					14									
Revisão integrativa da literatura							21							
Estudo de caso											19			
Avaliação intermédia												22		
Ação de formação														
Formação em serviço														
Avaliação final														
Fim de estágio														
Relatório de estágio														

férias



Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **APÊNDICE II**

### **Plano de atividades do estágio profissionalizante**

**Plano de atividades do estágio profissionalizante**

**A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

“Competência A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”;

“Competência A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

(Regulamento n.º 140/2019)

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
<p>1 – Agir de acordo com o código deontológico do enfermeiro e refletir sobre situações práticas que envolvem os princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer, cumprir e demonstrar a aplicabilidade na prática dos princípios, direitos e deveres contemplados no código deontológico do enfermeiro, nomeadamente em contexto de estágio e na realização de trabalhos académicos;</li> <li>- Manter um registo diário das situações geradoras de conflitos éticos no desempenho da profissão e promover a reflexão sobre os mesmos;</li> <li>- Obter o consentimento informado, livre e esclarecido da pessoa, de acordo com o seu grau de compreensão, quer na prestação de cuidados como para a participação em trabalhos académicos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra conhecimento e aplica e baseia a tomada de decisão com base no código deontológico do enfermeiro;</li> <li>- Demonstra respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação, numa perspetiva de parceria dos cuidados;</li> <li>- Respeita os valores, convicções, crenças pessoais e religiosas da pessoa; assegura o respeito pelo direito das pessoas no acesso à informação esclarecida;</li> <li>- Assegura a confidencialidade dos dados relativos aos processos de cuidados durante o processo de aprendizagem, quer escritos como orais;</li> </ul>

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Respeitar a autonomia e autodeterminação de cada pessoa;</li><li>- Respeitar e promover o respeito do direito à privacidade da pessoa;</li><li>- Aceitar a responsabilidade e responder pelas minhas ações no local de estágio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aceita as orientações, desde que devidamente fundamentadas;</li><li>- Assume as falhas que comete, garantindo a segurança dos cuidados, e numa perspetiva de melhoria contínua do processo de aprendizagem;</li><li>- Aceita a crítica construtiva e procura soluções para melhorar o desempenho e ultrapassar as dificuldades sentidas.</li></ul>
<b>Recursos</b>		
<b>Humanos</b>	Enfermeira supervisora, professora orientadora da ESSATLA, equipa multidisciplinar (de enfermagem, médica, assistente social)	
<b>Materiais</b>	Site de intranet do hospital; Computador do serviço; Internet; Telefone do serviço; legislação reguladora da profissão (Código Deontológico do Enfermeiro, REPE, PQCEER, Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEER).	
<b>Físicos</b>	Serviço de Medicina Interna	

<b>B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b>		
<p>“B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”;</p> <p>“B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro”. (Regulamento n.º 140/2019)</p>		
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>
<p>2 — Contribuir para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados no local de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os documentos e padrões de qualidade legisladores da ER;</li> <li>- Implementar cuidados de ER com vista a promoção de um ambiente seguro no contexto de estágio;</li> <li>- Capacitar a pessoa e cuidador para identificar situações de risco e adequar medidas promotoras de segurança;</li> <li>- Conhecer, integrar e promover reflexões sobre a prática de cuidados com base nos PQCER;</li> <li>- Conhecer e caracterizar a população alvo do serviço de Medicina 1 – setor D;</li> <li>- Auscultar e apurar as necessidades de formação do serviço junto da enfermeira supervisora, enfermeira chefe e restante equipa de enfermagem;</li> <li>- Realizar uma revisão da literatura sobre o tema da necessidade de formação identificada;</li> <li>- Realizar e divulgar o plano de sessão da ação de formação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece fatores que contribuem ou comprometem uma prática segura e de qualidade; coopera e colabora na organização de trabalho da equipa;</li> <li>- Reconhece os fatores de risco e implementa medidas de gestão do risco nos ambientes de prestação de cuidados;</li> <li>- Capacita a pessoa e cuidador para a identificação e adequada gestão do risco e implementação de atividades promotoras de segurança;</li> <li>- Demonstra conhecimento e integra na prática intervenções promotoras de segurança;</li> <li>- Promove reflexões sobre a prática de cuidados com base nos PQCER;</li> </ul>

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibilizar a equipa de Enfermagem do serviço de Medicina 1 – setor D para a importância da temática a abordar na sessão de formação e transferência dos conhecimentos para a prática, através de reuniões informais e acompanhamento dos pares;</li><li>- Desenvolver os materiais de apoio necessários à formação;</li><li>- Realizar o trabalho escrito e apresentar a ação de formação sobre o tema;</li><li>- Avaliar as competências dos formandos antes e após a sessão de formação;</li><li>- Realizar questionário de avaliação da sessão de formação.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Baseia a prática de cuidados em evidência científica atual e adequada aos contextos e situações de cuidados;</li><li>- Monitoriza e avalia os parâmetros vitais e parâmetros de segurança nos diferentes contextos de cuidados;</li><li>- Realiza e entrega o trabalho proposto em data prevista [2 de janeiro 2024]</li><li>- Elabora e divulga o plano da sessão de formação;</li><li>- Apresenta o trabalho à equipa, apropriando-se e mostrando domínio técnico e científico dos conteúdos programáticos;</li><li>- Apresenta boa exposição oral e visual, com recurso adequado aos materiais selecionados;</li><li>- Equipa demonstra conhecimentos sobre a temática através da avaliação realizada na sessão;</li></ul>
--	--	---

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Analisa os dados apurados do questionário de avaliação da sessão de formação;</li><li>- Acompanha e supervisiona os pares esclarecendo dúvidas sempre que necessário.</li></ul>
<b>Recursos</b>		
<b>Humanos</b>	Enfermeira supervisora, professora orientadora, pessoas e familiares, pessoas de referência e/ou cuidadores.	
<b>Materiais</b>	Normas, protocolos e manuais da unidade; legislação reguladora da profissão (Código Deontológico do Enfermeiro, REPE, PQCEER, Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEER) e guias de boas práticas; bases de dados eletrónicas e científicas de saúde e informação sobre conteúdos no âmbito da reabilitação; instrumentos de avaliação e colheita de dados de enfermagem de reabilitação.	
<b>Físicos</b>	Serviço de Medicina Interna	

<b>C — Domínio da gestão dos cuidados</b>		
<p>“C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”;</p> <p>“C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. (Regulamento n.º 140/2019)</p>		
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>
<p>3 – Gerir eficazmente os cuidados do âmbito da ER ao longo do estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir e priorizar os cuidados de forma adequada;</li> <li>- Consultar informação clínica no processo físico e/ou informático das pessoas de forma a organizar e planear eficazmente as necessidades de cuidados, incluindo exames complementares de diagnóstico e terapêutica;</li> <li>- Validar o raciocínio clínico com o enfermeiro supervisor;</li> <li>- Identificar os elementos da equipa multidisciplinar, particularmente os envolvidos no plano de recuperação da pessoa alvo de cuidados, numa perspetiva de articulação e continuidade dos cuidados;</li> <li>- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra capacidade de gestão de tempo;</li> <li>- Demonstra capacidade de análise e prioriza os cuidados de forma criteriosa, atendendo às necessidades da pessoa alvo de cuidados;</li> <li>- Seleciona criteriosamente e utiliza os recursos disponíveis de forma eficiente;</li> <li>- Colabora e participa nas decisões da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Recorre à negociação ou referência dos cuidados para outros profissionais, sempre que pertinente;</li> <li>- Garante a continuidade dos cuidados e mantém uma comunicação eficaz na transição dos cuidados do âmbito da ER;</li> <li>- Orienta a escolha das tarefas a delegar;</li> <li>- Avalia as tarefas delegadas.</li> </ul>

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<b>Recursos</b>	
<b>Humanos</b>	Enfermeira supervisora, equipa multidisciplinar, pessoas e família/cuidadores
<b>Materiais</b>	Computadores com acesso a sistemas de informação e processos clínicos dos pessoas; bases de dados eletrónicas e científicas de saúde e conteúdos lecionados nas aulas.
<b>Físicos</b>	Serviço de medicina interna

<b>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>		
<p>“D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”;</p> <p>“D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”. (Regulamento n.º 140/2019)</p> <p><b>Grau de Mestre</b> (Decreto-Lei n.º 65/2018)</p>		
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>
<p>4 – Analisar continuamente o percurso desenvolvido em estágio, com vista a aquisição das competências legisladas com base numa prática intencional, refletida e suportada na evidência científica.</p>	<p>- <b>Considera-se que as competências de Mestre são convergentes com as competências desenvolvidas no presente Domínio, pelo que se apresentam em simultâneo:</b></p> <p>- Validar a adequação das atitudes e comportamentos com a enfermeira supervisora com vista a uma melhoria contínua do meu desempenho enquanto estudante do Mestrado em ER no local de estágio;</p> <p>-Adotar um postura e comunicação assertivas na interação com a equipa multidisciplinar, pessoas alvo de cuidados e pessoas de referência;</p> <p>- Realizar auto e heteroavaliações regulares (por exemplo semanalmente) com a enfermeira supervisora e os momentos de avaliação de estágio com a professora</p>	<p>- Apresenta uma adequada gestão emocional e resposta eficiente na prestação de cuidados;</p> <p>- Apresenta estratégias adequadas de relação e comunicação, bem como de gestão de conflitos;</p> <p>- Solicita regularmente feedback da enfermeira supervisora e professora orientadora;</p> <p>- Demonstra capacidade de autoavaliação e reflexão;</p> <p>- Agenda sessões de orientação tutorial com a professora orientadora;</p> <p>- Identifica estratégias para ultrapassar eficazmente situações potencialmente</p>

	<p>orientadora para identificar pontos fortes e áreas que necessitam de mais investimento/melhoria;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar uma revisão da literatura acerca dos temas selecionados para os trabalhos académicos a desenvolver ao longo do estágio, nomeadamente o estudo de caso e a formação em serviço;</li><li>- Elaborar um estudo de caso clínico com base na metodologia CARE (<i>CAse REport guidelines</i>) no âmbito de um processo de cuidados no contexto de estágio;</li><li>- Fundamentar os cuidados prestados com base em evidência científica pertinente e atualizada;</li><li>- Realização de relatório de estágio profissionalizante onde são analisadas as experiências vividas e conhecimentos adquiridos, através da análise crítica e reflexiva, suportadas pela evidência científica;</li><li>- Garantir que todas as fontes são corretamente citadas de acordo com as normas APA, conforme definido pela instituição de ensino, e privilegiar consultar fontes de informação primária, sempre que possível.</li></ul>	<p>geradoras de stress e ansiedade, como momentos de avaliação e cumprimento de entregadas de trabalhos e apresentações;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reflete sobre o trabalho realizado de forma construtiva e numa perspetiva evolutiva;</li><li>- Demonstra e partilha o processo de revisão da literatura de forma transparente com as avaliadoras;</li><li>- Elabora o estudo de caso com base na metodologia recomendada e orientações do guia de elaboração de trabalhos e critérios de avaliação da instituição de ensino;</li><li>- Demonstra a pesquisa, artigos, documentos e livros consultados para justificar o processo de tomada de decisão em ER ao longo do estágio;</li><li>- Demonstra interesse na aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos;</li><li>- Mantém continuamente uma postura curiosa, crítica e reflexiva na procura de</li></ul>
--	---	--

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

		<p>conhecimento e oportunidades de aprendizagem;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Demonstra iniciativa e uma postura dinâmica e proativa contínua;</li><li>- Reflete e reformula, justificando adequadamente, o plano de atividades, com vista a alcançar os objetivos formulados;</li><li>- Realiza o relatório de estágio articulando e refletindo sobre as experiências vividas e de como estas conduziram à aquisição de competências.</li></ul>
<b>Recursos</b>		
<b>Humanos</b>	Enfermeira supervisora, professora orientadora, equipa de enfermagem.	
<b>Materiais</b>	Computador, internet, videoprojector; Bases de dados eletrónicas e científicas de saúde; conteúdos lecionados nas aulas; material informativo construído com recurso a PowerPoint (ou outro).	
<b>Físicos</b>	Serviço de Medicina Interna.	

<b>“J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento n.º 392/2019)</b>		
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>
<p>5 – Implementar programas de reabilitação personalizados em diferentes contextos e processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e técnicas terapêuticas) com base nas necessidades identificadas e preferências de cada pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rever e integrar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nas aulas, no contexto de estágio, assim como e no estágio anterior realizado em contexto comunitário;</li> <li>- Estar presente e participar no momento de passagem de ocorrências da equipa de enfermagem;</li> <li>- Consultar processos clínicos físicos e informáticos das pessoas alvo dos cuidados;</li> <li>- Aplicar de escalas e instrumentos de avaliação e colheita de dados;</li> <li>- Documentar as reavaliações de forma a monitorizar a evolução da pessoa;</li> <li>- Elaborar planos de cuidados em linguagem CIPE que espelhem o processo de tomada de decisão em ER, no âmbito dos diferentes processos de cuidados, incluindo o plano de cuidados do Estudo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra e implementa os conhecimentos teórico-práticos no acompanhamento às pessoas ao nível dos diferentes processos de cuidados;</li> <li>- Realiza colheita de informação pertinente das várias fontes disponíveis (processo clínico, entrevistas à pessoa/família/cuidador e equipa multidisciplinar);</li> <li>- Aplica escalas e instrumentos de avaliação que permitam aferir necessidades de cuidados;</li> <li>- Monitoriza e avalia os parâmetros vitais e parâmetros de segurança;</li> <li>- Garante a continuidade dos cuidados (através da comunicação e partilha e transmissão de informação entre a equipa/participação na passagem de ocorrências, elaboração de notas de alta, ou outras que se verifiquem adequadas);</li> </ul>

	<p>de Caso, conforme solicitado nos critérios de avaliação do mesmo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar e executar os cuidados planeados;</li> <li>- Reavaliar os resultados das intervenções realizadas e reformular o planeamento sempre que necessário;</li> <li>- Realizar os registos em linguagem CIPE;</li> <li>- Manter um caderno e realizar os registos para consulta ao longo do estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora planos de cuidados em linguagem CIPE, adequados à pessoa/família e fundamentados cientificamente;</li> <li>- Implementa as intervenções planeadas e avalia os resultados das mesmas;</li> <li>- Reformula o plano de cuidados quando necessário.</li> </ul>
<p><b>“J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.” (Regulamento n.º 392/2019)</b></p>		
<p><b>Objetivos específicos</b></p>	<p><b>Atividades a desenvolver</b></p>	<p><b>Indicadores de avaliação</b></p>
<p>6 – Implementar programas de reabilitação personalizados em diferentes contextos e processos de cuidados (neurológico, cardiorrespiratório, orto-traumatológico e</p>	<p>- As atividades referidas anteriormente, mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver e implementar programas de RFR e RFM para os clientes com necessidades especiais, deficiência e doenças crónicas em diferentes contextos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplica os conhecimentos numa ótica de promoção da saúde e educação para a saúde</li> <li>- Fornece informações de saúde relevantes, de acordo com os diferentes processos de cuidados, para as pessoas e cuidadores;</li> </ul>

<p>técnicas terapêuticas) com vista a promoção da autonomia da pessoa e cuidadores.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Respeitar o direito da pessoa e família ao acesso à informação em saúde;</li><li>- Reforçar positivamente e elogiar os ganhos e o esforço da pessoa envolvida no programa de reabilitação;</li><li>- Respeitar as crenças e valores da pessoa e família em todos os momentos, nos diferentes processos de cuidados;</li><li>- Demonstrar disponibilidade, apoio e envolvimento nos diferentes processos de cuidados;</li><li>- Validar e respeitar as dúvidas e preocupações;</li><li>- Negociar os objetivos dos programas de reabilitação com a pessoa e família de forma realista e direcionar o programa de reabilitação para os mesmos, quando pertinente;</li><li>- Envolver a pessoa e cuidadores no processo de cuidados;</li><li>- Realizar entrevistas informais à pessoa/família/cuidador no sentido de apurar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identifica oportunidades para realizar ensinamentos à pessoa/família/cuidador no âmbito das necessidades de cuidados identificadas;</li><li>- Garante a compreensão da informação fornecida e utiliza/elabora material de apoio pertinente, se necessário;</li><li>- Distribui material de apoio/informativo, adequado às necessidades da pessoa;</li><li>- Presta cuidados de enfermagem de RFR e RFM a pessoas com patologia dos diferentes processos de cuidados com rigor e adequação;</li><li>- Valida os objetivos do programa de reabilitação com os objetivos pessoais da pessoa;</li><li>- Adequa os exercícios às necessidades das pessoas;</li><li>- Avalia a satisfação e expectativas das pessoas;</li><li>- Identifica barreiras arquitetónicas que limitam a participação social das pessoas e família e procura estratégias, planeia e ensina técnicas adaptativas</li></ul>
---	---	--

	<p>necessidades de cuidados, ensinamentos e apuramento de barreiras/obstáculos no domicílio;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articular cuidados com a assistente social e com a Equipa de Gestão de Altas e cuidadores/pessoas significativas (presencial ou telefonicamente);</li> <li>- Promover a inclusão social.</li> </ul>	<p>ou articula os cuidados de forma a contornar barreiras;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observa e colabora na referência e articulação de cuidados para a comunidade;</li> <li>- Planeia a alta desde o momento da admissão/início do acompanhamento.</li> </ul>
<p><b>“J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (Regulamento n.º 392/2019)</b></p>		
<p><b>Objetivos específicos</b></p>	<p><b>Atividades a desenvolver</b></p>	<p><b>Indicadores de avaliação</b></p>
<p>7 – Implementar um programa de reabilitação com o objetivo de promover a funcionalidade da pessoa e reavaliar os seus resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As atividades referidas anteriormente, mais:</li> <li>- Avaliar as capacidades e necessidades da pessoa com recursos a instrumentos de avaliação;</li> <li>- Definir objetivos e resultados esperados realistas e mensuráveis;</li> <li>- Desenvolver e implementar programas de ER personalizados;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar cada intervenção, respeitando a capacidade de cada pessoa;</li> <li>- Fomentar o espírito de desafio, respeitando o tempo e limitações de cada pessoa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar avaliações detalhadas das capacidades funcionais atuais das pessoas e identifica as potencialidades de desenvolvimento/melhoria ou manutenção, tendendo às suas propriedades clinicométricas;</li> <li>- Estabelece metas claras e objetivas no âmbito da ER, em conjunto com as pessoas alvo de cuidados (e cuidadores, quando apropriado);</li> <li>- Planeia e executa programas e intervenções personalizados, integrando e combinando os diferentes exercícios, técnicas e estratégias do</li> </ul>

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar e reformular continuamente o mesmo;</li> <li>- Documentar e avaliar os resultados.</li> </ul>	<p>âmbito de conhecimento em ER, com vista a promoção da máxima independência funcional;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensina, instruí, treina e capacita relativamente à correta técnica, necessidade de adaptação, produtos de apoio, estratégias compensatórias, entre outras, de forma a promover a independência na realização de AVD;</li> <li>- Monitoriza regularmente o progresso das pessoas relativamente às metas estabelecidas, através dos instrumentos inicialmente definidos;</li> <li>- Regista as intervenções realizadas e avalia o impacto destas na funcionalidade da pessoa.</li> </ul>
<b>Recursos</b>		
<b>Humanos</b>	Enfermeira supervisora, equipa multidisciplinar, pessoas internadas e familiares/pessoas de referência e/ou cuidadores.	
<b>Materiais</b>	Computador com acesso à internet; site intranet do hospital; processos clínicos físicos e informáticos; telefone do serviço; folhetos informativos do serviço; manual de normas e protocolos do serviço; pesquisa bibliográfica em várias fontes; taxonomia CIPE; instrumentos de avaliação em papel; conteúdos lecionados nas aulas; legislação reguladora da profissão e guias de boas práticas.	
<b>Físicos</b>	Serviço de Medicina Interna	

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **APÊNDICE III**

### **Metodologia da revisão integrativa da literatura**

Foi definido como metodologia para apresentação, justificação e demonstração da relevância do tema do estudo de caso, a realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL). Trata-se de um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada na evidência (PBE) – ou seja, uma prática baseada em conhecimento científico – que permite combinar múltiplas metodologias, nomeadamente estudos experimentais e não experimentais, combinando dados da literatura teórica e empírica, levando assim a uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Sousa et al., 2017), neste caso, a reabilitação na pessoa com parésia facial periférica (PFP) secundária a um acidente vascular cerebral (AVC).

Espera-se com esta pesquisa procurar, analisar criticamente e sintetizar a evidência disponível sobre o tema, levando ao apuramento do estado de conhecimento atual e fidedigno que permite implementar intervenções de qualidade e efetivas na prática de cuidados (Sousa et al., 2017; Sousa et al., 2018), no contexto de estágio profissionalizante no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação (ER).

A presente RIL seguirá as etapas norteadoras deste tipo de investigação, conforme descritas no estudo realizado por Sousa e colaboradores (2017). São identificadas 6 fases, que correspondem, respetivamente: 1) “identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa”, realizada através da estratégia PICO; 2) “estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura”; 3) “definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos”, ou seja, o momento da colheita de dados efetiva; 4) “avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa”, a etapa em que é feita a análise crítica dos estudos incluídos; 5) “interpretação e discussão dos resultados” e, 6) “apresentação da revisão/síntese do conhecimento” (Sousa et al., 2017, p. 20).

## **1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa**

Para a formulação da questão de pesquisa, foi seguido o método PICO, um acrónimo para “*Patient* (Pessoa/problema), *Intervention* (Intervenção), *Comparison/ Control* (Comparação) e *Outcomes* (resultados)” (Sousa et al., 2017, p. 20).

A pergunta orientadora de pesquisa foi definida dia 21/10/2023, seguindo a metodologia apresentada, consistindo na seguinte questão: “Quais os contributos de um programa de reabilitação no tónus muscular da pessoa com parésia facial periférica?”

Para responder à pergunta definida, a população de interesse é composta por pessoas com “parésia facial periférica”. A intervenção em foco consiste no “programa de reabilitação” desenvolvido para tratar essa condição. Quando aplicável, um grupo de comparação pode ser constituído por pessoas alvo do programa de reabilitação em comparação com aqueles que não o receberam, embora seja importante confrontar os resultados provenientes de ambos os cenários, o segundo grupo pode não estar disponível em todos os estudos em revisão. Por fim, os resultados específicos que se esperam avaliar dizem respeito ao impacto da reabilitação no “tónus muscular”.

## **2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura**

Nesta etapa, recorreu-se à pesquisa avançada através das bases de dados EBSCO, PubMed e SciELO por via da plataforma digital da ESSATLA, através das quais foi possível ter acesso aos artigos triados e posteriormente selecionados para inclusão na RIL. A pesquisa concretizou-se no dia 21/10/2023.

A pesquisa em bases de dados deve ser feita com recurso a termos de indexação criteriosamente selecionados, de forma a que os resultados vão ao encontro da resposta que procuramos dar à nossa pergunta de partida.

As palavras-chave selecionadas para esta pesquisa, foram obtidas por meio dos termos MeSH, acrónimo correspondente a *Medical Subject Headings*, descritores amplamente utilizados em ciências da saúde (Sousa et al., 2017), como é o caso da enfermagem.

Para tal, e após uma primeira pesquisa geral sobre o tema, foram selecionados 4 termos MeSH, que constam em inglês: *rehabilitation*; *facial paresis*; *facial paralysis*; *stroke*.

De forma a relacionar os descritores de pesquisa entre si, optou-se pelos termos de ligação “AND” (combinação restritiva) e “OR” (combinação aditiva), que correspondem a operadores booleanos com o objetivo de ser delimitadores (Sousa et al., 2017), consequentemente levando a um afinamento dos resultados da pesquisa.

Esta associação foi feita em cada uma das bases dados acedidas, da seguinte forma: [(Rehabilitation) AND (facial paralysis OR facial paresis) AND (stroke)].

Ainda de referir que como limitador da pesquisa, foi definido um limite temporal. Inicialmente, restringimos a pesquisa ao intervalo de tempo correspondente aos últimos 5 anos, de forma a que a bibliografia fosse relevante e atual, conforme indicado por Duarte et al. (2022). No entanto, devido à escassez de resultados obtidos e à falta de relação entre estes com a pergunta de partida, percecionada de imediato pelo título dos artigos, houve necessidade de alargar este período, abrangendo o período de 2010 a 2023. Além disso, restringimos os resultados em termos de idioma, pela sua disponibilidade em inglês, português, francês e espanhol. Também foi selecionado como filtro, a possibilidade de acesso ao texto integral de forma gratuita. Foram considerados consistentemente os mesmos critérios para todas as pesquisas.

De ressaltar que todo o processo metodológico foi registado e validado pela mestranda em enfermagem e pela enfermeira supervisora, especialista em enfermagem de reabilitação. O processo de seleção de artigos foi igualmente realizado por ambas de forma independente e imparcial que, após consenso, deu origem aos seguintes resultados:

Começou-se pela pesquisa via EBSCO, totalizando 58 citações. A estes foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, reduzindo os resultados para 8 artigos.

Repetiu-se o processo, desta vez através da PubMed, com um alcance de 27 resultados que mesmo após a filtragem pelos critérios de inclusão e exclusão ficaram 26 artigos para análise.

Através da mesma frase booleana, não foram obtidos resultados através da SciELO.

Não foram encontrados artigos duplicados decorrentes da pesquisa, pelo que não houve necessidade de eliminar artigos através deste critério.

Os artigos foram selecionados pela seguinte ordem: “título, resumo e texto integral, eliminando-se em cada fase os artigos que não respondem à pergunta de partida e aos critérios de inclusão” (Rodrigues, et al. 2012, citado por Sousa et al., 2017, p. 21).

Dos 34 artigos apurados, foram excluídos 5 pelo título, 17 pela leitura do resumo e 7 pela leitura do texto integral. Após esta triagem, foram incluídos 5 artigos para análise na RIL.

Os artigos foram excluídos por várias razões, entre as quais: a população estudada não corresponder à população de interesse, resultados inconclusivos, falta de abordagem de técnicas ou dados relacionados com o impacto da reabilitação na pessoa com parésia facial, ou seja, quando o tema não estava relacionado à questão de pesquisa e, conseqüentemente, não atendia aos interesses do estudo. Um dos resultados decorrente da pesquisa na EBSCO foi eliminado após a leitura do resumo, pois constatou-se que o texto integral não estava disponível em nenhum dos idiomas previamente selecionados, estaria em turco, não tendo sido possível obter uma tradução que resultasse numa leitura e extração de resultados fidedigna.

Para além da pesquisa em bases de dados com acesso Intranet da ESSATLA, foram ainda incluídos resultados provenientes de bases de dados em livre acesso em linguagem livre, considerados a partir deste ponto como literatura cinzenta. Dentro destes, de mencionar que 1 foi consultado através das referências bibliográficas de artigos obtidos na pesquisa primária. A estes, acrescentaram-se 3 com interesse para o estudo.

De realçar que não foram obtidos resultados aquando da pesquisa na mesma data na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, o que vem reforçar e validar a pertinência do presente estudo de investigação no âmbito da ER.

## BIBLIOGRAFIA

Duarte, J. C., Gonçalves, A. M. & Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. In Néné, M. & Sequeira, C. *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática* (15-50). Lisboa: Lidel – Edições técnicas limitada.

Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. S., Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2ª Série (21), 17-26.

## **APÊNDICE IV**

**Tabela síntese: Programas de reabilitação dos músculos faciais apurados  
pela revisão da literatura**

**Tabela síntese: Programas de reabilitação dos músculos faciais apurados pela revisão da literatura**

Autor Ano publicação	Frequência	Intensidade	Tipo de Intervenção	Tempo	Volume	Progressão
(Manikandan, 2007)	3 sessões por dia, 6 dias por semana, por um período de 2 semanas.	Não aplicável.	Técnicas de reeducação neuromuscular facial (movimentos de mímica facial); aplicar de resistência aos movimentos isolados (do lado afetado); soprar um balão, mastigar pastilha elástica do lado afetado, usar palhinha e pronunciar vogais; <i>Feedback</i> visual através de espelho; Massagem, facial; Estimulação elétrica; Aparelhos ortopédicos ou bandagem elástica em músculos faciais hipotónicos.	Começar com 5-10 repetições.	Não quantificado.	Baseada na melhoria e tolerância individual. Instruções personalizadas de acordo com a tolerância de cada pessoa para evitar fadiga e concentrar-se na qualidade dos movimentos faciais.
<b>Duração e acompanhamento</b>	Reavaliação ao fim de 2 semanas. Incentivo para dar continuidade ao programa de exercícios em casa por 3 meses, com recomendação de registo diário.					
<b>Resultados</b>	Eficácia da reeducação neuromuscular facial na melhoria da simetria e amplitude facial.					
Autor Ano publicação	Frequência	Intensidade	Tipo de Intervenção	Tempo	Volume	Progressão
(Lindsay et al., 2010)	20 a 40 repetições, 2 a 4 vezes por dia para exercícios de reeducação neuromuscular; 10 repetições, 1 ou 2 vezes por dia para massagem de tecidos moles; relaxamento 1 ou 2 vezes por dia.	Não aplicável.	A reabilitação facial incluiu educação sobre a anatomia facial e sincinesias, treino neuromuscular, massagem, meditação-relaxamento e um programa domiciliário individualizado, de acordo com o nível da parésia facial e sintomas associados. Reeducação neuromuscular: mobilização de tecidos moles faciais e platisma, e estratégias de relaxamento e alongamentos; realização de expressões faciais de forma lenta e controlada enquanto controla os movimentos das outras regiões da face, para gerar simetria e controlar movimento sincinéticos; <i>feedback</i> visual através de espelho e <i>biofeedback</i> eletromiográfico.	Não especificado, mas varia com as repetições sugeridas.	Não quantificado.	Ajustes nas visitas de acompanhamento para avançar os exercícios de reeducação neuromuscular e adaptar o programa conforme a recuperação ou o desenvolvimento de movimentos sincinéticos. É realçado o tratamento personalizados e a individualização do tratamento e a adaptação contínua às necessidades e tolerância dos participantes.

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<b>Duração e acompanhamento</b>	Consultas de acompanhamento mensal ou quinzenal, agendadas com antecedência, com reavaliação após 2 meses. Alteração da categoria de tratamento e conseqüente programa, conforme necessário, de forma a adaptar à condição do movimento da pessoa.					
<b>Resultados</b>	Houve aumentos estatisticamente significativos nas pontuações da Escala de Graduação Facial após o tratamento, demonstrando melhorias significativas na função facial, indicando a eficácia da reabilitação especializada na gestão da parésia facial.					
<b>Autor Ano publicação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Intensidade</b>	<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Tempo</b>	<b>Volume</b>	<b>Progressão</b>
(Konecny et al., 2011); (Konecny et al., 2014)	1 vez por dia.	Não aplicável.	Reabilitação de estruturas miofasciais da face; Reabilitação respiratória; Facilitação direcionada; Terapia de regulação orofacial (fala, mastigação, deglutição, respiração) – recriar a função fisiológica através da aplicação de pressão, toque, vibração e tração para ativar a musculatura orofacial.	Não especificado.	Não quantificado.	Não especificado.
<b>Duração e acompanhamento</b>	Reavaliação após 4 semanas de treino.					
<b>Resultados</b>	A terapia orofacial tem efeito significativo após 4 semanas de tratamento em movimentos faciais e no estado mental em pessoas com AVC, avaliada através do HBGS e distância entre a comissura labial e o lóbulo da orelha e redução de sintomas depressivos.					
<b>Autor Ano publicação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Intensidade</b>	<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Tempo</b>	<b>Volume</b>	<b>Progressão</b>
(Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2015)	Várias vezes ao dia.	Não aplicável.	Programa de 8 exercícios de reabilitação da mímica facial em frente a espelho; execução pode ser auxiliada com a mão homolateral; proteção ocular; reforço da higiene oral; ensinos sobre os exercícios, acompanhados de ilustrações; validação da compreensão; atender a aspetos psicológicos: possíveis alterações da auto-imagem e prestar apoio emocional.	Não especificado.	Não quantificado.	Não especificado.
<b>Duração e acompanhamento</b>	Não especificado. Sugerem encaminhamento para área de especialidade se prevalência de défices.					
<b>Resultados</b>	Melhoria da mímica facial em casos de lesão do nervo facial após parotidectomia.					
<b>Autor Ano publicação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Intensidade</b>	<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Tempo</b>	<b>Volume</b>	<b>Progressão</b>

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<b>(Kang et al., 2017)</b>	2 vezes ao dia.	Não aplicável.	Exercícios orofaciais com o uso de terapia de espelho, através de um aplicativo (com espelho) num dispositivo tablet PC.	15 minutos.	Não quantificado.	Não especificado.
<b>Duração e acompanhamento</b>	Reavaliação ao fim de 14 dias.					
<b>Resultados</b>	Foram demonstradas melhorias significativas nos movimentos faciais, avaliados pelo HBGS Regional e o comprimento entre a comissura labial e o lóbulo da orelha ipsilateral durante o repouso e o sorriso, na parésia facial central após a terapia orofacial em ambos os grupos, com melhoria significativamente maior no grupo espelho do que no grupo controlo.					
<b>Autor Ano publicação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Intensidade</b>	<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Tempo</b>	<b>Volume</b>	<b>Progressão</b>
<b>(Pimenta et al., 2019)</b>	3 a 4 vezes ao dia.	Não aplicável.	Calores húmidos na hemiface afetada, antes de iniciar o treino; Exercícios: os mesmos do estudo de Manikandan (2007), com estimulação visual (em frente a espelho); incremento de resistência com recurso a balão; inibição da participação do lado não afetado, de forma a consciencializar e incentivar a utilização da musculatura afetada; técnicas de estimulação através de vibrações com as polpas digitais e palmopercussões na hemiface afetada; estimulação sensitiva (cubos de gelo); técnicas de relaxamento: massagem endobucal; alongamento passivo dos músculos orais e periorais; reabilitação respiratória.	Variável, tempo médio para a instrução e treino inicial de 34 minutos. Aquecimento 10 (fase flácida) a 15 minutos (fase de hipertonia); começar treino de exercícios com 5-10 repetições; estimulação sensitiva até 10 minutos; exercícios de contração-relaxamento: contração mantida (3-5 segundos) e posterior relaxamento completo.	Não quantificado.	Aumento gradual do número de repetições e inclusão de novos exercícios de resistência: começar com 5 repetições por exercício no primeiro dia, 10 repetições no dia 2, 15 repetições no dia 3; orientações para variar a velocidade, força, número de repetições e intervalos de descanso, de acordo com a tolerância individual de forma a evitar fadiga.
<b>Duração e acompanhamento</b>	2 meses					
<b>Resultados</b>	Demonstrados ganhos no grau de parésia facial e na expressão facial na pessoa com parésia facial central através do HBGS e registo fotográfico, verificados pela melhoria da mímica e na redução de sialorreia; diminuição da assimetria facial e melhoria na					

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	disfagia, disartria e perceção da imagem corporal.					
<b>Autor Ano publicação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Intensidade</b>	<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Tempo</b>	<b>Volume</b>	<b>Progressão</b>
<b>(Wertsén &amp; Stenberg, 2020)</b>	2 vezes por dia.	Não aplicável.	Treino com tela oral em acrílico personalizada; exercícios de pressão e sucção.	5 minutos por sessão.	Não quantificado.	Aumento gradual adaptada à melhoria da força labial individual.
<b>Duração e acompanhamento</b>	Reavaliações no início do estudo, após 1 mês e, posteriormente, a cada 3 meses, até que não fossem alcançadas mais melhorias.					
<b>Resultados</b>	Ganhos demonstrados ao fim de 4 semanas de treino; O treino com uma tela oral personalizada pode melhorar significativamente a força muscular perioral e a capacidade de criar pressão intraoral negativa, bem como na expressão facial nomeadamente capacidade para fazer protusão do lábio inferior e sorriso; relatos de melhorias nos sintomas de sialorreia, extravasamento perda de saliva, mordedura acidental e lesões, menos retenção de alimentos na cavida oral e ocorrência de menos episódios de disfagia.					
<b>Autor Ano publicação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Intensidade</b>	<b>Tipo de Intervenção</b>	<b>Tempo</b>	<b>Volume</b>	<b>Progressão</b>
<b>(Barreto et al., 2021)</b>	3 vezes ao dia.	Não aplicável.	Terapia miofuncional orofacial com e sem <i>Kinesio Taping</i> ; massagens lentas e profundas por cima da fita <i>Kinesio Tape</i> ; exercícios miofuncionais isotónicos (contrair e soltar rapidamente o nariz, alternar rapidamente bico e sorriso fechado, alternar rapidamente bico e sorriso aberto) e isométricos (contrair o nariz, bico com os lábios fechados e depois abertos, sorriso com os lábios fechados e depois abertos); <i>Feedback</i> visual através de espelho.	Exercícios isotónicos: 10 repetições; Exercícios isométricos: 5 repetições por exercício, mantendo o movimento (contração) durante 5 segundos.	Não quantificado.	Não especificado.
<b>Duração e acompanhamento</b>	12 dias.					
<b>Resultados</b>	Sugere a melhoria da parésia facial após AVC isquémico em fase aguda pela HBGS, através da utilização de <i>Kinesio Taping</i> em associação à terapia miofuncional orofacial.					

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **APÊNDICE V**

### **Estudo de caso**

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Estudo de Caso**

**Contributo de um programa de reabilitação na pessoa com parésia facial periférica**

**Elaborado por:** Margarida Abreu nº 202230023

**Supervisora:** EEER Ana Sanches

**Professora Orientadora:** Mestre Helena Pestana

Barcarena, novembro de 2023

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CARE – *CAse REport*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

HBGS – *House-Brackmann Grading System*

PFP – Parésia Facial Periférica

Sra. D. – Senhora Dona

SU – Serviço de Urgência

## RESUMO

**Introdução:** A parésia facial é uma das sequelas mais comuns em caso de acidente vascular cerebral atribuída a lesão do sétimo par de nervos cranianos. A parésia facial pode ter impacto na expressão facial, fala, deglutição e consequências psicológicas como ansiedade, depressão, maior risco de isolamento social e deterioração da qualidade de vida, tornando-se um foco de atuação para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

**Objetivo:** Identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação após a implementação de um programa de exercícios de reeducação dos músculos faciais na pessoa com parésia facial periférica em contexto de internamento hospitalar.

**Método:** Foi realizado um estudo de caso, incluídos nos tipos de estudo descritivos, de acordo com as diretrizes “CAse REport”. Os instrumentos utilizados foram a *House-Brackmann Grading System* e a medição direta da distância entre a comissura labial e o lóbulo da orelha.

**Resultados:** Como resultados evidencia-se a recuperação da simetria e melhoria no tónus muscular após implementação de um plano de cuidados de reabilitação personalizado.

**Conclusão:** É demonstrada a importância da intervenção de reabilitação especializada na melhoria da função facial, deglutição e redução de complicações associadas, na pessoa com parésia facial periférica sequelar a AVC.

**Palavras-chave:** enfermagem de reabilitação; reabilitação; estudo de caso; paralisia facial periférica; acidente vascular cerebral.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** *Facial paresis is one of the most common sequelae in cases of stroke attributed to damage to the seventh pair of cranial nerves. Facial paresis can have an impact on facial expression, speech, swallowing and psychological consequences such as anxiety, depression, greater risk of social isolation and deterioration in quality of life, becoming a focus of action for nurses specializing in rehabilitation.*

**Objective:** *To identify significant gains in rehabilitation nursing care after implementing an exercise program to re-educate facial muscles in people with peripheral facial paresis hospitalized.*

**Method:** *A case study was carried out, included in the descriptive study types, in accordance with the "CAse REport" guidelines. The instruments used were the House-Brackmann Grading System and direct measurement of the distance between the lip corner and the earlobe.*

**Results:** *The results show the recovery of symmetry and improvement in muscle tone after implementing a personalized rehabilitation care plan.*

**Conclusion:** *The importance of specialized rehabilitation intervention in improving facial function, swallowing and reducing associated complications is demonstrated in people with peripheral facial paresis resulting from stroke.*

**Keywords:** *rehabilitation nursing; rehabilitation; case report; peripheral facial paralysis; stroke.*

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1. MATERIAIS E MÉTODOS .....	3
2. RESULTADOS .....	8
3. DISCUSSÃO .....	9
3.1. Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista .....	10
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação 11	
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	16

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Plano de cuidados CIPE.....	5
Tabela 2 - Resultados .....	8

## APÊNDICES

Apêndice I – História clínica da Sra. L.M.

Apêndice II – Programa de reabilitação para melhoria da parésia facial periférica

Apêndice III – Termo de consentimento informado, livre e esclarecido

Apêndice IV – Escala de avaliação da força muscular *Medical Research Council*

## INTRODUÇÃO

A parésia facial é uma das sequelas mais comuns em caso de acidente vascular cerebral atribuída a lesão do sétimo par de nervos cranianos. A parésia facial pode ter impacto na expressão facial, fala, deglutição e consequências psicológicas como ansiedade, depressão, maior risco de isolamento social e deterioração da qualidade de vida, tornando-se um foco de atuação para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

O presente estudo de caso pretende, como objetivo geral, dar resposta à questão norteadora de pesquisa que consistiu no ponto de partida da investigação realizada: “Quais os contributos de um programa de reabilitação no tónus muscular da pessoa com parésia facial periférica (PFP)?”.

Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Mapear o conhecimento sobre e compreender o impacto da PFP sequelar a Acidente Vascular Cerebral (AVC) no contexto de cuidados em Enfermagem de Reabilitação (ER);
- Identificar as alterações funcionais e as necessidades de reabilitação de uma pessoa com PFP internada no serviço de medicina interna onde decorre o estágio profissionalizante, no âmbito do mestrado em ER;
- Realizar um plano de cuidados com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE);
- Selecionar os instrumentos de recolha de dados adequados ao foco em análise e à documentação dos resultados esperados;
- Implementar um programa de reabilitação de treino muscular facial;
- Avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas.

Neste trabalho, opta-se por abordar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na pessoa com AVC que apresente diminuição da motricidade dos músculos faciais. Esta intervenção terá como foco a fala e comunicação, a alimentação/deglutição e a melhoria da autoestima, por ser significativo para a pessoa, promovendo a autonomia e autocuidado e potenciando, conseqüentemente, a autoaceitação, capacitação e uma transição positiva para a nova condição de saúde/doença, com impacto no bem-estar e qualidade de vida.

O estudo de caso começa com uma apresentação do tema do caso clínico. São expostos dados epidemiológicos e a informação obtida relativa aos programas de reabilitação dos músculos faciais, com base na pesquisa e revisão da literatura, fundamentando a problemática em análise.

O segundo capítulo discrimina os materiais e métodos utilizados, caracterizando o estudo de caso como estudo descritivo para o qual foram adotadas as *guidelines* CARE. É integrada a teoria das transições de Afaf Meleis ao contexto do estudo, como referencial teórico dos cuidados e enriquecendo a análise da situação.

Foi realizado um plano de cuidados em linguagem CIPE com incidência no foco “parésia” que permitiu descrever as intervenções baseadas na evidência apurada na literatura, implementadas e adaptadas à pessoa, personalizando assim os cuidados, conforme sucedeu no contexto de estágio.

Os resultados dessa implementação são apresentados no capítulo subsequente, por sua vez seguidos pela discussão no quarto capítulo, considerando as competências do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER.

Por último, nas considerações finais, é feita uma reflexão sobre as limitações do estudo e implicações para a prática futura, apurando potenciais áreas e necessidades de investigação futuras.

## 1. MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia utilizada para levar a cabo o estudo em questão foi o Estudo de Caso ou Relato de Caso clínico, amplamente aplicado na investigação e produção de conhecimento científico, inclusive nos diversos campos de atuação em enfermagem (Andrade et al., 2017).

Inclui-se nos estudos descritivos (Duarte et al., 2022) e consiste num tipo de investigação empírica, isto é, que se produz a partir da prática, da observação direta, de um fenómeno atual que se procura compreender em profundidade no seu contexto, podendo, no entanto, combinar abordagens qualitativas com quantitativas (Silva & Mercês, 2018). Contempla o planeamento do projeto de pesquisa, com a respetiva definição dos conceitos e componentes envolvidos, bem como os instrumentos e técnicas de colheita de dados e as abordagens específicas para análise dos mesmos. Os estudos de casos podem estudar o fenómeno de interesse a nível individual, ou, mais amplamente, em grupo classificando-se como “estudo de caso único” ou “estudo de casos múltiplos” quando envolve mais do que um caso (Silva & Mercês, 2018).

A estrutura do presente trabalho seguiu as diretrizes para relatos de caso “CAse REport” (CARE), desenvolvidas por um grupo internacional de especialistas para promover o aumento da precisão, transparência, utilidade e melhoria da comunicação dos relatórios de casos, com potencial e desejável utilidade na prática clínica. Quando tal se verifica, divulga informação sobre novas condições de doença, avalia os benefícios e prejuízos da intervenção, gera conhecimento e promove a educação em saúde sobre o tema, que é o que se pretende com o presente trabalho de investigação levado a cabo no âmbito da ER.

As diretrizes CARE podem ser encontradas na plataforma EQUATOR [[www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/](http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/)] (Riley et al., 2017).

### **1.1. Diagnósticos e focos de intervenção em enfermagem de reabilitação**

Foi realizada uma avaliação detalhada e apurada a história clínica da Sra. L.M. que pode ser consultada no Apêndice I.

No seguimento da avaliação realizada e atendendo às necessidades identificadas, foi priorizado o foco “parésia” para a realização do plano de cuidados personalizado, em linguagem CIPE com recurso ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (OE, 2015a) e ao apurado pela revisão da literatura realizada, por ser percecionada como uma limitação significativa para a pessoa. Este plano tem como objetivos a promoção a capacitação e manutenção da funcionalidade da Sra. L.M., através da redução dos sintomas sequelares ao AVC e complicações associadas à parésia facial periférica.

## 1.2. Plano de Cuidados em linguagem CIPE

Tabela 2 - Plano de cuidados CIPE

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem
Parésia [facial periférica direita] presente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar parésia;</li> <li>- Monitorizar parésia facial [através da escala <i>House-Brackmann Grading System</i> (HBGS) e medição da distância em repouso entre a comissura labial e o lóbulo da orelha bilateralmente];</li> <li>- Gerir o ambiente físico [promover a privacidade, atenção e concentração através de ambiente calmo e terapêutico, sem distrações nem interrupções; adequar a iluminação (nos momentos de relaxamento, diminuir a luminosidade e durante o treino aumentar)];</li> <li>- Providenciar material [espelho com apoio de mesa; lenços de papel/guardanapos para limpar sialorreia];</li> <li>- Executar técnica de relaxamento [alongamento estático];</li> <li>- Aplicar calor [compressas humedecidas com água quente durante 5 a 10 minutos; privilegiar momento após cuidados de higiene devido aos vapores quentes do banho para iniciar o treino];</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular passivo [demonstrar os exercícios de forma a facilitar e promover a compreensão dos mesmos];</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido [implementação do plano de fortalecimento facial numa organização cefalo-caudal: elevar (“levantar”) as sobrancelhas; franzir/unir as sobrancelhas; fechar os olhos abruptamente (“com força”); aproximar e comprimir os lábios (“apertar os lábios como se estivesse com raiva/muito zangada”); sorrir com os lábios juntos (“sem mostrar os dentes”); sorrir a mostrar os dentes; soprar, mandar beijinhos ou assobiar; protusão do lábio inferior (“fazer beicinho como se estivesse muito triste”); insuflar as bochechas (“encher as bochechas de ar como se fosse um balão”); utilizar a mão homolateral para auxiliar a execução e aumentar a amplitude de movimento do lado direito, quando necessário; - <u>1 série de 5</u></li> </ul>

	<p><u>repetições com contrações de 3 segundos para cada exercício, seguidas de relaxamento; frequência bidiária; progressão e aumento do volume conforme capacidade e tolerância];</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido [imprimir resistência com o dedo do avaliador, no sentido contrário aos movimentos de mímica facial instruídos; soprar um balão; soprar para copo com água através da palhinha; exercícios de sucção com palhinha; maior insistência nos exercícios na hemiface direita com incremento para 10 repetições; consciencializar e incentivar a utilização da musculatura da hemiface afetada na realização dos exercícios, inibindo a participação do lado não afetado nos mesmos, seletivamente;</li><li>- <u>1 série de 5 repetições com contrações de 3 segundos para cada exercício, seguidas de relaxamento; frequência bidiária].</u></li><li>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos [automobilizações];</li><li>- Executar técnica de massagem [aplicar creme hidratante; realizar estiramentos passivos dos tecidos moles e no sentido das fibras dos músculos da face e platísmo, alternados com palmopercussões e relaxamento final];</li><li>- Reforçar a auto-eficácia [enfatizar as melhorias, progresso e ganhos obtidos; reforço positivo].</li></ul>
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li><li>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular [utilizar linguagem acessível para a pessoa e validar a sua compreensão; ensinar a utilizar a mão homolateral nos exercícios assistidos para auxiliar a execução e aumentar a amplitude de movimento do lado direito, bem como a contrariar o sentido do movimento e imprimir resistência nos exercícios resistidos];</li><li>- Ensino de técnica de massagem [automassagem];</li><li>- Providenciar material educativo [Programa de exercícios de Reabilitação para melhoria da PFP (Apêndice II) impresso em papel de forma a ajudar a garantir a continuidade e promover a autonomia do tratamento, mesmo quando a pessoa não está sob supervisão do ER].</li></ul>

Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;</li><li>- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [automobilizações, mobilizações ativas assistidas, mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas];</li><li>- Treinar técnicas de exercício muscular e articular.</li></ul>
--	---

## 2. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados selecionados, com a implementação do plano de cuidados, por via de comparação entre o momento da avaliação inicial e final— antes e 2 semanas após a implementação do mesmo. Os resultados obtidos foram organizados na tabela 7.

Tabela 3 - Resultados

	HBGS	Distância comissura labial- lóbulo da orelha direito
Avaliação Inicial 16-10-2023	Grau III: disfunção moderada	11,4cm
Avaliação Final 30-10-2023	Grau II: disfunção leve	10,9cm
<b>Diferença</b>	<b>I grau de disfunção</b>	<b>0,5cm</b>

Os resultados indicam uma melhoria na função facial ao longo do período de avaliação. A avaliação pelo HBGS demonstrou uma redução na disfunção, passando de moderada (Grau III) para leve (Grau II). As medidas da distância entre a comissura labial e o lóbulo da orelha sugerem uma recuperação parcial da simetria facial, com redução das discrepâncias entre os lados direito e esquerdo.

É importante destacar a relevância clínica destas mudanças, considerando o impacto na funcionalidade comprovada no exame objetivo descrito e comprovada na melhoria na realização de atividades de vida diária pela Sra. L.M, especificamente ao nível dos autocuidados comer e beber e alimentar-se. A análise destes resultados demonstra a eficácia do programa de ER, indicando progressos significativos na recuperação do tónus muscular facial na pessoa com PFP.

### 3. DISCUSSÃO

Esta etapa do trabalho tem como objetivo contextualizar os resultados identificados no capítulo anterior à luz da literatura representativa, comparando-os com os resultados de outros estudos e interpretações de diferentes autores. Considera ainda uma reflexão acerca do impacto do desenvolvimento do estudo de caso na aquisição de competências em ER.

Efetivamente, é possível encontrar consistências entre os resultados apurados e estudo anteriores, já mencionados ao longo de outras etapas.

O estudo conduzido por Kang et al. (2017), destacou os efeitos positivos da terapia com espelho em pessoas com parésia facial central. Embora a metodologia e a inovação tecnológica do primeiro seja um pouco diferente, assim como as especificidades da população alvo, já que o estudo de Kang et al. (2017) incidiu especificamente sobre a parésia facial central, enquanto o presente estudo foi relativo à PFP. Ainda assim, encontram-se semelhanças, pois em ambos os estudos foi feito recurso do espelho durante os exercícios de reabilitação e o programa foi implementado com uma duração de 15 minutos, 2 vezes ao dia durante 14 dias (Kang et al., 2017). Apesar da duração do estudo de caso em análise ter sido limitada à duração do internamento da Sra. L.M. bem como outras limitações justificadas mais à frente, acabou por comprovar ganhos e a eficácia do programa de reabilitação, igualmente ao fim de 2 semanas. Por último, também no estudo de Kang e colaboradores (2017) foi feito recurso da HBGS para monitorizar a eficácia do programa e medição da distância da comissura labial ao lóbulo da orelha.

Outros são os estudos, como os levados a cabo por Lindsay et al. (2010) e Pavese et al. (2014), que enfatizam a importância da reabilitação facial abrangente para melhorar a sua funcionalidade em pessoas com paralisia facial. A abordagem personalizada na implementação do programa de reabilitação contruído com base nas recomendações e intervenções multidisciplinares de estudos e pesquisas anteriores, com base na evidência científica, parece alinhar-se com as conclusões destes investigadores.

É ainda de destacar o estudo de Wertsén e Stenberg (2020), uma vez que uma das suas abordagens se concentra na medição da distância entre o lóbulo da orelha e a comissura labial numa população com PFP. No estudo em questão, é observada uma melhoria na função facial ao longo do tempo, alinhando-se com os resultados deste estudo de caso.

Konecny et al. (2014) a reabilitação orofacial é um dos aspetos mais importantes da reabilitação para a pessoa, afirmação corroborada por Kang et al. (2017), realçando igualmente a importância da reabilitação na gestão da parésia facial após um AVC. Estes achados por si só justificam a relevância e pertinência do tema do presente estudo de caso. No contexto do presente estudo de caso, foi validado a importância do acompanhamento como muito significativo para a pessoa alvo de cuidados do caso em análise.

### **3.1. Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista**

Relativamente às competências adquiridas com a realização deste trabalho enquanto estudante do mestrado que confere igualmente grau de especialista em ER, importa mobilizar os domínios das “Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, consideradas no Regulamento n.º 140/2019.

Para a realização deste trabalho, realça-se a aquisição de competência ao nível do Domínio (A), que concerne à “*Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*”. Foi praticada através do cumprimento dos princípios éticos e deontológicos orientadores da profissão, ao longo de todas as fases do estudo, nomeadamente garantindo o acesso à informação da Sra. L.M. no que diz respeito aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (ER) e dos seus objetivos, bem como dos recursos a que pode ter acesso quer no meio hospitalar, como na comunidade. De referir ainda que foi realizado um termo de consentimento informado, esclarecido e livre (Apêndice III), garantindo o esclarecimento das suas dúvidas ao longo do processo. Neste sentido, foi mantido o anonimato e considerada confidencial toda a informação colhida e utilizada para realizar o estudo de caso, assegurando a privacidade da participante (OE, 2015b).

Neste processo também fica demonstrada a importância do acompanhamento pelo ER e do programa implementado na satisfação e promoção da saúde da pessoa, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e autocuidado, a readaptação e reeducação funcional, com resultados positivos na recuperação da pessoa alvo de cuidados, premissas que vão igualmente ao encontro dos padrões de qualidade legisladores da profissão (OE, 2018a), demonstrado a integração de competências relativas à “*Melhoria Contínua da Qualidade*” (Domínio B).

O Domínio (C) relativo à “*gestão dos cuidados*” foi posto em prática várias vezes ao longo da implementação do programa, na seleção das intervenções e estabelecimento de metas e na validação das expectativas da Sra. L.M. para o acompanhamento de reabilitação. Ao longo do acompanhamento, foi gerido o ambiente e contexto de cuidados, tendo o programa sido integrado nas rotinas da própria, sem prejudicar o seu necessário acompanhamento por outras áreas profissionais.

Considera-se ainda o contributo deste trabalho na aquisição de competências ao nível do Domínio (D) “*Desenvolvimento de aprendizagens profissionais*”, pelo percurso de investigação desenvolvido para a realização deste trabalho, norteador de uma prática em estágio baseada na evidência científica.

### **3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

Nesta fase do trabalho, reflete-se sobre como este processo contribuiu para dar resposta ao disposto no Regulamento n.º 392/2019 relativo às competências específicas do EEER.

O presente estudo de caso, demonstra a capacidade de integrar teoria e prática, através da aplicação dos conhecimentos teóricos e com base na evidência científica no local de estágio, com o objetivo de promover a recuperação e a máxima autonomia da Sra. L.M. Este objetivo foi alcançado através de uma avaliação inicial detalhada e da implementação de um plano de cuidados personalizado com recurso a estratégias adaptativas, para dar resposta e ultrapassar as necessidades identificadas. A promoção da participação da pessoa e o respeito pelo direito à autodeterminação, também ilustra a aquisição das competências do regulamento em análise.

Por fim, mais uma vez se reforça que os ganhos comprovados e o impacto positivo na recuperação da Sra. L.M., decorrentes deste estudo evidenciam a importância e contributo positivo do papel do EEER na pessoa com PFP.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso destaca limitações, como a impossibilidade de generalizar resultados devido à sua natureza descritiva e amostra reduzida, além de restrições no instrumento de medida e tempo limitado para a revisão da literatura e implementação do plano de cuidados ao tempo de estágio. As implicações para a prática incluem a evidência da importância da intervenção de reabilitação especializada na melhoria da função facial, deglutição e redução de complicações associadas, na pessoa com parésia facial periférica sequelar a AVC. Sugere-se ainda a necessidade de novos estudos para comprovar a eficácia, otimizar as estratégias de reabilitação e expandir o conhecimento em ER.

### 4.1. Limitações do estudo

O presente estudo de caso apresenta várias limitações que merecem consideração. Em primeiro lugar, dada a natureza descritiva do estudo, é importante destacar a impossibilidade de generalizar os resultados para além do caso estudado, impedindo conclusões amplas aplicáveis a uma população mais vasta. A amostra reduzida, composta por um único caso com características singulares, reforça essa limitação, tornando as conclusões específicas deste estudo intransferíveis para outras situações (Silva & Mercês, 2018).

Apesar das valias evidentes decorrentes da utilização do HBGS, há estudos que, ainda que não neguem a sua utilidade, apresentam algumas limitações a esta escala. Sugere-se que as observações e medições sejam feitas por mais do que um avaliador, de forma a comparar os resultados obtidos e diminuir o viés. Os estudos indicam que a confiabilidade interobservador, ou seja, a reprodutibilidade (Sousa et al., 2021), do HBGS pode ser melhorada pela formação e experiência dos utilizadores (Reitzen et al., 2009; Fonseca et al., 2015).

O estudo de Reitzen et al. (2009) aponta que o HBGS não capta variações precisas de acordo com as regiões específicas da face, sugerindo a necessidade de uma ferramenta mais responsiva (Sousa et al., 2021) para refletir mudanças subtis na função do nervo facial e, consequentemente, estabelecer planos de tratamento mais adequados (Reitzen et al., 2009; Fonseca et al., 2015).

A limitação temporal para a revisão da literatura, devido à duração do estágio e à própria duração do tempo de internamento da Sra. L.M., restringiu a possível inclusão de estudos adicionais relevantes sobre o tema em análise, bem como a monitorização e acompanhamento e resultados alcançados, impedindo uma compreensão completa do impacto a longo prazo das intervenções de ER neste caso concreto.

Além disso, não foram exploradas e testadas todas as opções terapêuticas, como a *kinesio taping*, o que limitou a possibilidade de uma abordagem mais completa na intervenção de reabilitação. Está provado que uma estimulação intensa e variada contribui positivamente para os mecanismos de neuroplasticidade (Menoita et al., 2014).

Quanto ao tempo de início do programa de reabilitação, os estudos indicam que deve ser iniciado precocemente, após estabilização da condição clínica da pessoa (Menoita et al., 2014), podendo ser implementados quer na fase aguda após AVC (DGS, 2011; Pimenta et al., 2019; Barreto et al., 2021), como no acompanhamento na fase crónica (Wertsén & Stenberg, 2020), estando demonstrados ganhos na funcionalidade e prevenção na instalação de complicações em ambos os casos.

No entanto, a literatura não é precisa a quantificar os intervalos temporais das diferentes fases do AVC. No que diz respeito aos mecanismos de neuroplasticidade, a evidência indica que nos primeiros 6 meses pode ainda ocorrer muita recuperação espontânea após o evento, mas está igualmente demonstrada a eficácia de programas de reabilitação na recuperação funcional até anos após o AVC (Menoita et al., 2014). Portanto, os dados sobre este tema apresentam uma grande variação, sugerindo-se a necessidade de objetivar e quantificar esta diferenciação, não sendo claro em que momento preciso devem ser iniciados os programas de reabilitação, concretamente na pessoa com parésia facial.

Constata-se ainda que não existe um padrão fixo quanto ao tempo necessário para a implementação e reavaliação dos programas de treino, já que os resultados são influenciados por diversos fatores, como a gravidade do quadro clínico e sintomas, a resposta individual de cada pessoa ao tratamento e a abordagem terapêutica utilizada. Também o número de repetições para cada tipo de exercício varia nos diferentes estudos, estando muitas vezes relacionado com a tolerância da pessoa. Estas limitações têm impacto na contabilização do volume de exercício, variável que não foi apurada e quantificada em nenhum dos estudos consultados, inclusive neste estudo de caso.

Por último, é identificada a dificuldade em isolar o efeito exclusivo do programa de reabilitação sobre a recuperação observada, em contraste com outros contributos multidisciplinares e fatores intrínsecos à própria Sra. L.M., podendo mesmo em parte dever-se a fenómenos de recuperação espontânea (Menoita et al., 2014). A falta de controlo sobre todas estas variáveis, subjacentes ao olhar a pessoa sob uma perspetiva holística, dificulta a atribuição exclusiva dos resultados ao programa de reabilitação proposto, enfraquecendo a capacidade de estabelecer uma relação causal direta e de generalizar os resultados para a população.

#### **4.2. Implicações para a prática**

Ao longo deste percurso e trabalho de revisão da literatura e investigação, vários foram os estudos encontrados que mostram melhorias significativas na função facial em pessoas com paralisia facial sequelar a AVC, após a implementação de programas de reabilitação, indicando que a reabilitação especializada é fundamental na gestão da paralisia facial e que as melhorias decorrentes desta atuação diferenciada podem ser duradouras (Lindsay et al, 2010).

Quer abordagens convencionais, nomeadamente a terapia orofacial, como abordagens inovadoras e promissoras no campo da reabilitação especializada apuradas através da análise de artigos incluídos na fundamentação deste trabalho e outros, sugerem ser tratamento eficazes na melhoria dos movimentos faciais em pessoas após AVC.

Outros estudos ainda sugerem a telerreabilitação, evidenciando oportunidades e desafios, mas destacando a evolução tecnológica como indissociável e inerente ao progresso, incluindo dos cuidados de saúde (Vaz et al., 2021), a construção de aplicações digitais e outras estratégias que podem auxiliar e facilitar a atuação dos EEER e promover ganhos em saúde na população.

Conforme referido, a terapia do espelho através de uma aplicação eletrónica é um dos exemplos progressistas e inovadores que alia as novas tecnologias à reabilitação (Kang et al., 2017). No entanto, o acesso a esta tecnologia avançada, bem como a habilidade de um público alvo predominantemente envelhecido como se verifica nos contextos de internamento de medicina interna, podem consistir em desafios ao uso destas ferramentas.

Vários estudos demonstram ganhos em saúde decorrentes da reabilitação orofacial em variáveis como a qualidade de vida, no auxílio à redução de sintomas como diminuição de sialorreia e extravasamento de saliva ou conteúdo alimentar pela comissura labial, melhoria da função dos músculos faciais, diminuição de sintomas depressivos, entre outros (Wertsén & Stenberg, 2020; Konecny et al., 2011; Konecny et al., 2014).

Da análise realizada, alguns estudos sugerem a importância da conscientização sobre a paralisia facial e o aumento do tónus muscular na gestão da doença, enfatizando o papel na educação à pessoa com AVC e cuidadores pelo EEER numa perspectiva promotora da sua e de prevenção de complicações (Lindsay et al, 2010).

Em suma, os estudos consultados convergem para reforçar a importância da reabilitação especializada para melhorar a função facial e a qualidade de vida em pessoas com paralisia facial (central ou periférica) após ocorrência de AVC. Neste sentido, a evidência científica e investigação levada a cabo contribuíram para apurar e validar a melhoria do tónus muscular da pessoa com parésia facial periférica, decorrente da intervenção de um programa de reabilitação.

Relativamente a necessidades e oportunidades de investigação e criação de conhecimento em ER, sugerem-se novos estudos para comprovar a eficácia das intervenções, diferentes técnicas e do plano de cuidados apresentados, e a necessidade de estipular a duração do tratamento e o impacto do treino individualizado a longo prazo.

## BIBLIOGRAFIA



Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**APÊNDICES**

## **Apêndice I – História clínica Sra. L.M.**

A colheita de dados foi realizada através da entrevista, consulta do processo clínico, colaboração com a equipa multiprofissional e aplicação de instrumentos de medida.

### **Identificação da Pessoa**

A pessoa alvo de cuidados será doravante mencionada como L.M., uma senhora de 84 anos e etnia caucasiana. Nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa. O seu nível de escolaridade corresponde à 4ª classe.

### **Situação sociofamiliar e habitacional**

A Sra. D. L.M. é casada. Tem 1 filha que reside numa vivenda no mesmo terreno dos pais, estando muito presente. Tem 2 netos e 3 bisnetos.

A Sra. L.M. e o marido vivem juntos numa vivenda que relata ter escadas apenas para ter acesso ao sótão, mas que “o genro não a deixar ir para lá” (sic), pelo que se percebe que não tem necessidade de recorrer às mesmas. Tem 1 tapete apenas no quarto, do qual pode prescindir, devido ao risco de queda que compreende. A casa de banho é equipada com polibã com banco de apoio que utiliza na realização dos cuidados de higiene.

Atualmente os rendimentos do casal correspondem às reformas de ambos.

A rua do bairro é alcatroada. A Sra. L.M. refere fazer caminhadas curtas, incluindo até à farmácia. Por norma, vai às compras com o marido que conduz ou tem o apoio da filha e do genro. O mesmo se verifica quando tem necessidade de comparecer a consultas de saúde.

Usa telemóvel pessoal e as suas atividades de tempos livres incluem ver televisão, realizar tarefas domésticas e passar tempo com a família.

### **Antecedentes Pessoais**

Como comorbilidades diagnosticadas, apuram-se: Hipertensão Arterial; dislipidémia; diabetes mellitus tipo 2. Nega alergias conhecidas, intolerâncias alimentares ou outras. Sem antecedentes familiares de relevo.

### **Medicação Habitual**

A terapêutica medicamentosa habitual, cumprida e gerida pela própria Sra. L.M., segundo a mesma, é a seguinte: metformina; perindopril; amlodipina; zolpidem.

### **História de Doença Atual**

A Sra. D. L. M. relata a ocorrência de episódio de diminuição da força na mão direita enquanto jantava, “fala atrapalhada” (sic) e queda após levantar por diminuição da força nos membros inferiores. A situação foi presenciada pelo marido que terá chamado a filha para ajudar.

Foi acionada via verde AVC e transportada para o Serviço de Urgência (SU). No SU realizou TC-CE que revelou AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda. Assumido início do quadro de instalação de disartria, parésia facial periférica direita e hemiparésia direita, sem outros défices documentados. Segundo os registos do respetivo serviço, por se encontrar fora da janela terapêutica e não apresentar oclusão de grandes vasos (segundo relatório da Angio-TC CE), não teve indicação para realizar trombólise endovenosa. Iniciou terapêutica anticoagulante e antiagregante e estatina para profilaxia secundária. Foi transferida para o serviço de internamento de medicina dia 6, quando foi admitida.

## Exame objetivo

- **Observação geral e comportamento**

O meu primeiro contacto e início de acompanhamento à Sra. L.M. foi no dia 16/10/2023, no qual foi realizada a avaliação inicial.

Numa primeira abordagem a senhora apresentou humor eufímico e demonstrou ser uma pessoa de fácil relação. No entanto, devido à dificuldade de articulação nas palavras, interrompia várias vezes o discurso para proferir interjeições e lamentos e justificar-se com a “dificuldade em falar” e que continuava “com a fala atrapalhada” (sic). Quando por algum motivo sorria, imediatamente baixava a cabeça e/ou cobria a boca ou, da mesma forma, justificava-se e comentava a alteração na sua imagem.

Continuava a apresentar uma quantidade significativa de sialorreia, com necessidade frequente de limpar o extravasamento com material que solicitava e reservava consigo.

Após ser estabelecido o plano terapêutico e respetivos objetivos com a própria, bem como explicado o papel dos cuidados de reabilitação no seu processo de saúde, mostrou motivação e grande envolvimento no mesmo, participando ativamente e reconhecendo as melhorias e progressos conquistados, verbalizando-o. À medida que se verificaram ganhos na recuperação da parésia facial, disartria e outros défices associados, deu-se a conhecer como uma pessoa muito comunicativa, bem-disposta e alegre.

- **Exame físico geral**

Os dados antropométricos não foram avaliados. A Sra. L.M. possui prótese dentária superior e inferior, no entanto no internamento apenas tem na sua posse a superior por maior conforto, referindo que “deixou a outra em casa, mas não precisa dela” (sic). Esta verifica-se bem adaptada, no entanto, por ausência da segunda e dificuldade na mastigação, a dieta foi ajustada para consistência mole. Apresenta pele íntegra, porém seca (feita hidratação diária com aplicação de creme ao longo do internamento), sem edemas visíveis. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Abdómen mole, depressível e indolor à palpação. Não se observam cicatrizes nem se observam nem palpam massas. Encontra-se algaliada por persistência de episódios de retenção urinária desde a admissão no SU, a aguardar resultados de colheitas microbiológicas. Apresenta padrão intestinal obstipativo.

- **Parâmetros vitais**

A Sra. L.M. tem um perfil tensional tendencialmente hipertenso, no entanto, controlado com medicação instituída, encontrando-se hemodinamicamente estável.

À data da avaliação inicial, dia 16/10/2023 foram registados os seguintes parâmetros vitais: pressão arterial de 132/64mmHg, frequência cardíaca de 69bpm, apirética com temperatura timpânica de 36°C e sem queixas algicas, quantificando dor 0 pela escala numérica (DGS, 2003).

- **Avaliação Respiratória**

A avaliação deste parâmetro foi orientada pelo guia orientador de boa prática de reabilitação respiratória da OE (2018).

Inspeção	<p>Estática: Sem cianose periférica. Tórax aparentemente simétrico, sem deformidades visíveis.</p> <p>Dinâmica: Eupneica (em repouso) com frequência respiratória de 16cvm. Avaliada SpO2 94/95% em ar ambiente, respiração com padrão misto, ritmo regular, amplitude normal e simétrica, sem sinais de dificuldade respiratória nem utilização de músculos acessórios. Sem tosse nem expetoração.</p>
Palpação	Traqueia na linha média. Frémito tóraco-vocal normal. Não se detetam massas ou saliências nem pontos dolorosos em ambas as faces (anterior e posterior) de ambos os hemitórax.
Percussão	Com som ressonante em todos os pontos percutidos em todo o tórax.
Auscultação	Murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax. Sem presença de ruídos adventícios.

- **Avaliação Neurológica**

O método selecionado para a avaliação e organização das avaliações que se seguem, nomeadamente neurológica, considerando o exame neurológico e avaliação dos pares cranianos, e motora e sensitiva foi feita com base “Reabilitar a pessoa idosa com AVC” de Menoita e colaboradores (2014).

<b>Dimensão</b>	<b>Avaliação inicial 16/10/2023</b>
Consciência	Vígil.
Orientação	Orientada auto e alopsiquicamente, fornece história pessoal e familiar sem dificuldade, acerta na data de nascimento. Quanto ao tempo, acerta mês e ano, mas erra no dia do mês e dia da semana. No espaço, indica estar num hospital, mas confunde em qual. Nomeia o hospital de Loures, pois justifica que é onde costuma ter consultas médicas. No entanto, mesmo após ser reorientada repetidamente, volta a errar este parâmetro em avaliações subsequentes, no entanto, progressivamente com maior consciência até acertar (já numa fase mais avançada do internamento).
Atenção	Consegue manter-se atenta perante um estímulo (por exemplo, auditivo ou visual) e concentrada numa tarefa como alimentar-se ou participar ativamente nas avaliações descritas.

## Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Memória	Curto prazo	Mantida, com ligeiras alterações. A título de exemplo, relembra o que comeu ao pequeno almoço. No entanto, no teste <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE) não relembra 2 das 3 palavras no parâmetro da evocação.
	Longo prazo	É capaz de lembrar e relatar eventos passados da sua vida como por exemplo a profissão que exerceu, o início da sua relação conjugal e fornece história familiar.
	Declarativa	Faz correta associação entre informações fornecidas, por exemplo os graus de parentesco e relações familiares. Identifica a sua data de nascimento e idade de outros familiares.
	Não declarativa	Mantida. Reconhece a função dos objetos e utiliza-os corretamente, como por exemplo uma caneta para escrever e o pente para se pentear.
Linguagem	Discurso espontâneo	Apresenta disartria ligeira, devido a PFP sequelar a AVC. Discurso progressivamente mais perceptível e fluente ao longo do internamento.
	Fluência	Não fluente (relacionado com parâmetro anterior).
	Compreensão	Compreende e cumpre ordens simples e complexas.
	Nomeação	Nomeia vários objetos corretamente, por exemplo relógio, caneta, telemóvel. Por vezes com alguma hesitação e interrogação associada ao seu tom.
	Repetição	Repete corretamente as palavras “pêra, gato e bola” frase “o rato roeu a rolha”.
	Leitura/acuidade visual	Lê com alguma dificuldade frases simples. Usa óculos. Lê pausadamente, possivelmente devido a grau de habilitações literárias.

	Parafasia, grafia, calculia	<p>Sem parafasia aparente. Grafia desalinhada e um pouco tremida, observado e manifestado pela própria como uma dificuldade nova (ao contrário da leitura). Acrescenta que é esquerdina, mas que na escola foi obrigada a aprender a escrever com a mão direita.</p> <p>Manifesta alguma dificuldade no cálculo de operações de subtrair, avaliada num dos parâmetros da MMSE (Anexo II), que se pode relacionar com o grau de escolaridade. As respostas foram um pouco demoradas e apesar do tempo levado e recorrer a várias técnicas (como por exemplo contar pelos dedos), obteve respostas incorretas.</p>
--	-----------------------------	--

Par craniano	Avaliação inicial 16/10/2023
I – Olfativo	Aparente alteração do olfato. Com a narina esquerda reconheceu o odor a café na primeira tentativa. À direita fez algumas tentativas, acabando por responder “ervas” com ar interrogativo, incorretamente.
II – Ótico	<p>Teste de campo de confrontação sem alterações.</p> <p>Sem recurso a tabela de Snellen para exame de visão.</p> <p>Usa óculos para compensação.</p> <p>Identifica o dedo do observador ou objeto em todos os quadrantes visuais.</p>
III – Oculomotor comum; IV – Patético; VI – Oculomotor externo	<p>Pupilas isocóricas, isorreativas com cerca de 4mm (tamanho normal) e forma regular.</p> <p>Apresenta nistagmo bilateral.</p> <p>Movimentos conjugados sem alterações.</p>
V – Trigémio	<p>Mantida componente sensorial para os 3 ramos na hemiface à esquerda.</p> <p>À direita, erra no teste de compressa (em vez de algodão) e espátula a tocar na face hesitando e acabando por nomear “queixo” incorretamente.</p> <p>À direita, nos testes de sensibilidade ao nível dos lábios, voltou a responder “queixo”.</p> <p>Sentida contração dos músculos da mastigação ao nível da fossa temporal e fossa do masséter bilateralmente, mas com menor força na hemiface direita.</p>
VII – Facial	<p>PFP direita: apagamento do sulco nasogeniano, desvio da comissura labial e dificuldade em encerrar o olho. Diminuição evidente das ríntides ao nível da testa.</p> <p>Sialorreia com extravasamento devido a incapacidade de total encerramento da cavidade oral.</p> <p>Não foi testado minuciosamente o paladar, mas aparentemente sem alterações no momento das refeições (diferencia doce e salgado).</p>
VIII – Acústico	<p>Equilíbrio estático diminuído, sem equilíbrio dinâmico.</p> <p>Teste de Romberg positivo, sem sensação de tontura ou vertigem.</p> <p>Identifica o som de atrito/fricção dos dedos do examinador, bilateralmente.</p> <p>Os Testes de Rinne e Teste de Weber não foram realizados por falta de um diapasão no serviço.</p>

IX – Glossofaríngeo; X – Vago; XII – Grande Hipoglosso	Apresenta centralidade da úvula. Reflexo de vômito presente. Faz protusão da língua que se encontra centrada e simétrica. Alterações na primeira fase da deglutição devido a ineficiência da musculatura facial na capacidade de retenção e adequada formação do bolo alimentar na cavidade oral, por PFP.
XI – Espinhal	Rotação lateral esquerda e direita da cabeça mantida. Força mantida no hemicorpo esquerdo. Força motora diminuída no movimento de elevação do trapézio à direita.

No âmbito da avaliação neurológica, foi ainda utilizada a NIHSS (Anexo I) com intuito de complementaridade e apuramento do grau de comprometimento neurológico (Trindade, 2020). A pontuação total varia entre 0 e 42, refletindo a gravidade do AVC, sendo que pontuações mais altas indicam maior comprometimento neurológico. Verificou-se uma melhoria em 5 pontos entre as avaliações inicial e final, em que os défices neurológicos decorrentes do AVC experienciado pela Sra. L.M. progrediram de moderados (pontuação 6), para leves (pontuação 1) (Alzahrani et al., 2023).

Avaliação da Sra. L.M. pela NIHSS

Instruções		Avaliação inicial 16/10/2023	Avaliação final 30/10/2023
1a. Nível de consciência		0	0
1b. Perguntas de Nível de Consciência		0	0
1c. Comandos de Nível de Consciência		0	0
2. Melhor olhar conjugado		0	0
3. Campos visuais		0	0
4. Parésia Facial		1	1
5. Força muscular dos membros superiores	5a. Membro superior esquerdo	0	0
	5b. Membro superior direito	1	0

6. Força muscular dos membros inferiores	6a. Membro inferior esquerdo	0	0
	6b. Membro inferior direito	1	0
7. Ataxia de membros		0	0
8. Sensibilidade		1	0
9. Melhor linguagem		1	0
10. Disartria		1	0
11. Extinção e desatenção		0	0
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>1</b>

Tabela 4 - Legenda NIHSS

<b>Pontuação</b>	<b>Interpretação</b>
0 a 4	AVC leve
5 a 15	AVC moderado
16 a 20	AVC moderadamente grave
21 a 42	AVC grave

**Fonte:** Alzahrani et al. (2023)

- **Avaliação Motora e Sensitiva**

Dimensão	Avaliação inicial 16/10/2023
Força Muscular	<p>- Hemiparésia direita, avaliada força motora grau 4 pela escala <i>Medical Research Council</i> (Apêndice IV).</p> <p>- No leito Prova de Mingazzini e Prova de braços estendidos positivas, pois não mantém elevação simétrica apresentando queda do membro inferior e membro superior direitos, respetivamente.</p> <p>- É capaz de contrair e relaxar os músculos, no entanto apresenta motricidade fina alterada, evidenciando dificuldade na escrita e em algumas tarefas realizadas no hemicorpo direito, como por exemplo, em atividades intrínsecas ao cuidado de higiene ou ao alimentar-se, como será descrito mais detalhadamente na avaliação funcional.</p>
Coordenação motora	<p>Prova dedo nariz eficaz, observa-se ligeira lentificação à direita.</p> <p>Prova calcanhar Joelho sem alterações – realizou apenas após demonstração.</p> <p>Movimento de oposição do polegar ligeiramente lentificado na mão direita.</p>
Marcha	<p>Hesitante devido a medo de cair, como mencionado anteriormente.</p> <p>Por instabilidade postural, realizadas transferências com apoio de pessoa bilateral. Faz carga em ambos os membros, mas menor à direita.</p>
Sensibilidade	<p>Sem alterações da sensibilidade tátil, térmica e algica do hemicorpo esquerdo.</p> <p>À direita, e em conformidade com o descrito na avaliação dos pares cranianos, verificou-se hipoestesia tátil (teste com compressa e ponta de espátula) e térmica (teste de sensibilidade com luva com água morna e cubos de gelo) da face e lábios, bem como na face anterior do membro inferior.</p> <p>Com alterações da proprioceção já mencionadas.</p> <p>Não foi avaliada a sensibilidade discriminativa.</p>
Reflexos profundos	Este parâmetro não foi avaliado.

- **Avaliação Funcional**

Previamente era autónoma e independente na realização das atividades instrumentais e básicas de vida diária. Para a avaliação da funcionalidade recorreu-se à MIF (Anexo III).

Avaliação da Sra. L.M. pela MIF

<b>Atividades</b>		<b>Avaliação inicial 16/10/2023</b>	<b>Avaliação final 30/10/2023</b>
Autocuidado	Alimentação	3	6
	Higiene Pessoal	3	6
	Banho	3	4
	Vestir: metade superior do corpo	3	6
	Vestir: metade inferior do corpo	2	4
	Utilização do vaso sanitário	2	4
Controlo de esfíncteres	Controlo vesical	1	1
	Controlo intestinal	4	6
Mobilidade/ Transferências	Leito, cadeira, cadeira de rodas	3	5
	Vaso sanitário	3	5
	Banheira, duche	3	4
Locomoção	Marcha/cadeira de rodas	1	5
	Escadas	1	3
Comunicação	Compreensão	7	7
	Expressão	5	7
Cognição Social	Interação Social	5	7
	Resolução de Problemas	5	7
	Memória	5	6
<b>Total</b>		<b>59</b>	<b>93</b>

Pontuação	Grau de dependência
18 pontos	Dependência completa
19 – 60 pontos	Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa
61 – 103 pontos	Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa
104 – 126 pontos	Independência completa

**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros (2016)

Na avaliação inicial constata-se que a Sra. D. L.M. apresenta um grau de dependência que necessita de assistência até 25% das tarefas. Como já tem vindo a ser descrito, numa abordagem inicial necessitava de ajuda parcial em todos os autocuidados, observando-se o seu progresso ao longo do tempo, registado através da melhoria na força muscular, destreza de movimento, confiança e recuperação de habilidades, que passaram pela utilização de estratégias adaptativas.

Destacou-se a dificuldade inicial em usar utensílios de metal que relatou serem “pesados” (sic), solucionada com a substituição por uma colher descartável mais leve, facilitando a alimentação. Notou-se também o uso de ambas as mãos para segurar tijelas e copos, evidenciando adaptações para melhorar o autocuidado comer e beber.

Devido a PFP, e tal como descrito na observação geral para a sialorreia, verificava-se extravasamento de alimentos de consistência mais líquida, pela comissura labial direita enquanto se alimentava e a beber água. Foram ensinadas estratégias adaptativas como inclinar a cabeça para o lado são e ajudar a encerrar os lábios com o dedo. Para beber foi fornecido um copo com tampa e boquilha que forçava e facilitava a adaptação dos lábios, ainda assim, mantendo-se extravasamento pelo lado afetado. Nos primeiros 2 dias de acompanhamento à Sra. L.M. observou-se que tendia a deixar de parte a sopa e a beber menos água, que melhorou após pedido de alteração de consistência da sopa para pastosa, apesar da refeição mole e incentivo a contrariar este comportamento.

À medida que recuperou a força muscular ao longo do internamento, foi-se libertando progressivamente destas ajudas modificadas. Esta avaliação global traduz parte da evolução da pontuação total pela MIF de 59 para 93, com visível melhoria e ganhos no sentido da sua independência.

**Bibliografia:**

Alzahrani, A, Zhang, X., Albukhari, A., Wardlaw, J. M., Mair, G. (2023). Assessing Brain Tissue Viability on Nonenhanced Computed Tomography After Ischemic Stroke. *Stroke*, 54 (2), 558-566.

DOI: [10.1161/STROKEAHA.122.041241](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.041241)

Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.

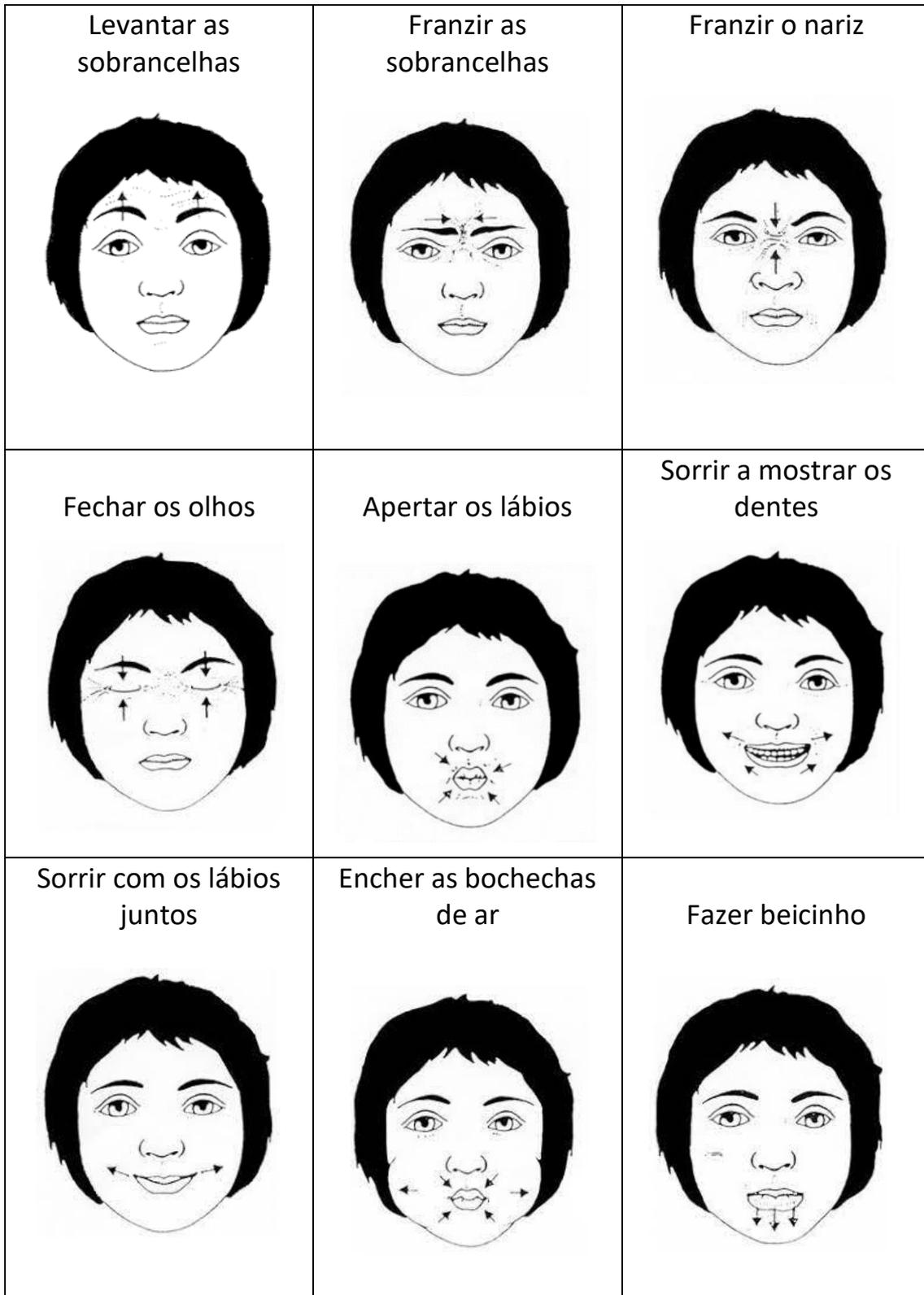
Menoita, E. C., Mota de Sousa, L., Alvo, I. B. P. & Vieira, C. M. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boa Prática, Cadernos OE, Série 1, N.º 10 – Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros-Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação.

Trindade, I. S. S. (2020). *A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral* (Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível no RCAAP.

**Apêndice II – Programa de reabilitação para melhoria da parésia facial periférica**



**Fonte:** Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa: Grupo Cabeça-Pescoço (2015).  
Linhas de Consenso: Parotidectomia. Consensos & Estratégias.

## Instruções:

- O programa deve ser realizado diariamente, idealmente 2 vezes ao dia (de manhã e à tarde, por exemplo);
- Deve começar com um aquecimento dos músculos faciais, utilizando calores húmidos durante 10 minutos –aplicar um pano ou compressas com água morna ou aproveitar o momento após os vapores quentes do duche;
- Comece por realizar 1 série com 5 repetições de cada exercício;
- Contraia os músculos faciais (conforme vê nas ilustrações) durante 3 a 5 segundos, seguido de um relaxamento – não se esqueça de respirar fundo;
- À medida que ganha força e habilidade, aumente progressivamente o número de repetições, até 10 vezes cada exercício, aumentando também o número de séries;
- Se possível, faça os exercícios em frente a um espelho;
- Em caso de dificuldade, use a mão de forma a aumentar o movimento do lado onde percebe a parésia facial;
- Termine o programa com alongamentos faciais: aplique creme e faça uma automassagem com estiramentos para aliviar a tensão após o treino;
- Veja os resultados dia após dia!

### **Apêndice III – Termo de consentimento informado, livre e esclarecido**

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

##### **de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

**Título do estudo:** Contributos de um programa de reabilitação no tónus muscular da pessoa com parésia facial periférica

**Enquadramento:** O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação Profissionalizante que está a decorrer no Serviço de Medicina 1, setor D, do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E., no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação e supervisão da Professora Helena Pestana e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Sanches.

**Explicação do estudo:** O objetivo deste estudo de caso é avaliar os contributos de um programa de reabilitação no tónus muscular da hemiface afetada de uma pessoa após Acidente Vascular Cerebral Isquémico.

A recolha de dados será efetuada por entrevista e instrumentos/testes de avaliação que permitem identificar as áreas em que a Senhora necessita de intervenção especializada no âmbito dos cuidados prestados por Enfermeiros de Reabilitação.

Deverá participar ativamente num programa de reabilitação, que inclui exercícios específicos dirigidos para a sua condição e quaisquer outros procedimentos recomendados pelos profissionais de saúde envolvidos no estudo, ao longo de um intervalo de tempo específico de 2 semanas.

Todos os procedimentos realizados estão amplamente apoiados pela comunidade científica e evidenciam-se como principais benefícios o fortalecimento do tónus muscular facial, inclusivamente da hemiface afetada, melhorias na comunicação verbal e não verbal, nomeadamente pela melhoria da fala e da expressão facial, melhorias na capacidade de mastigação e deglutição, aumento da funcionalidade e independência nas Atividades de Vida Diária, aumento da qualidade de vida e prevenção de complicações a longo prazo associadas à parésia facial periférica sequelar a Acidente Vascular Cerebral.

Relativamente aos riscos e complicações associadas ao treino, é de referir que pode sentir cansaço durante as sessões de reabilitação. No entanto, os profissionais de saúde envolvidos tomarão todas as medidas necessárias para minimizar qualquer desconforto e prevenir complicações.

Assim, solicita-se a sua participação no presente Estudo de Caso, de modo a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em Enfermagem de Reabilitação.

---

<sup>1</sup> <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

**Condições e financiamento:** A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem qualquer penalização nem prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Confidencialidade e anonimato:** Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

Grata desde já pela atenção e disponibilidade dispensadas.

Em caso de qualquer questão ou necessidade de esclarecimento deve entrar em contacto para o número 217805294 do serviço de internamento de Medicina 1, setor D e procurar a Investigadora/Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Margarida Abreu.

**Assinatura/s:** .....  
.....

*Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.  
Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... /.....  
/.....

<p style="text-align: center;"><b>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE</b> <b>(se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</b></p> <p>NOME: .....</p> <p>BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....</p> <p>ASSINATURA .....</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE [2] PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**Apêndice IV – Escala de avaliação da força muscular *Medical Research Council***

<b>Grau</b>	<b>Descrição</b>
0	Sem contração visível
1	Mínima contração sem movimento do segmento corporal
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra a gravidade
4	Movimento ativo contra gravidade e resistência
5	Força normal
<b>Movimentos Avaliados</b>	
Membro Superior	Abdução do ombro
	Flexão do cotovelo
	Extensão do punho
Membro Inferior	Flexão do quadril
	Extensão do joelho
	Dorsiflexão do tornozelo

Fonte: [MRC Muscle Scale – UKRI](#)

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **APÊNDICE VI**

### **Plano de sessão formativa**

**Tema da sessão:** Avaliação da Deglutição no Internamento: foco na prevenção de complicações

**Formadora:** Enfermeira Margarida Abreu

**Supervisora:** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Sanches

**Data:** 10 de janeiro 2024 às 14h

**Formandos:** Enfermeiros do Serviço de Medicina 1 – Setor D

**Local:** Sala de formação do Serviço de Medicina 1 – Setor D

**Duração:** 60 minutos

**Objetivos gerais:**

- Promover uma correta avaliação da deglutição e rastrear a presença de disfagia de forma não invasiva através da aplicação da Escala de GUSS às pessoas internadas no Serviço de Medicina 1 – Setor D;
- Promover cuidados de Enfermagem adequados à pessoa com disfagia;
- Prevenir complicações associadas à disfagia.

**Objetivos específicos:**

Que no final da sessão os formandos possam:

- Conhecer as diferentes fases da deglutição e identificar causas que podem condicionar a presença de disfagia;
- Compreender a importância da avaliação da deglutição no contexto de internamento hospitalar;
- Implementar corretamente a escala de GUSS;
- Identificar sinais precoces e de alerta de disfagia/aspiração silenciosa e respetivos riscos e complicações para a pessoa;
- Planear eficazmente os cuidados de enfermagem à pessoa com compromisso da deglutição;
- Identificar e implementar estratégias compensatórias no momento da reeducação da deglutição à pessoa com disfagia;
- Prescrever uma dieta adequada à avaliação realizada.

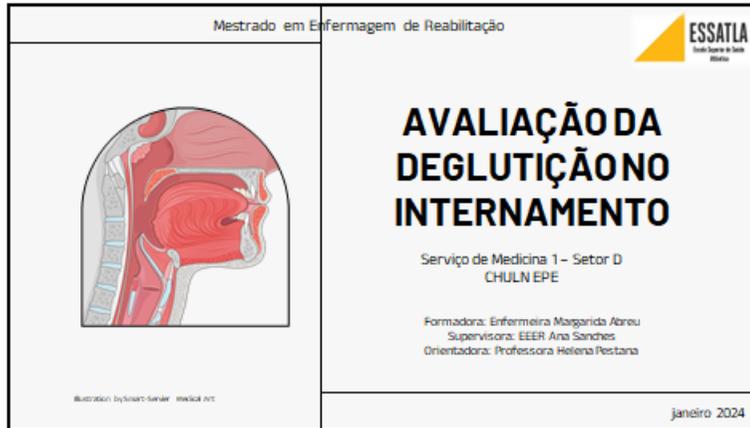
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas Pedagógicas</b>	<b>Recursos técnico-pedagógicos de apoio</b>	<b>Tempo (min)</b>	<b>Avaliação Pedagógica</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação do formador e do tema; Enquadramento da Sessão; Exposição do sumário; Comunicação dos objetivos (gerais e específicos).	Expositivo	<p>Computador; Projetor; Apresentação em PowerPoint; Escala de GUSS em formato digital e impressa em papel para distribuição; Material para aplicação da Escala de GUSS: água mineral ou bidestilada, transfere, colher de chá de metal, copo, espessante alimentar, pedaço de pão, estetoscópio; Questionários de avaliação impressos em papel.</p>	5'	Diagnóstica
<b>Desenvolvimento</b>	Deglutição – definição do conceito; Disfagia – definição do conceito, causas, sinais de alarme e complicações; Avaliação da deglutição: instrumental e não invasiva; Escala de GUSS – enquadramento e demonstração; Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Disfagia; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.	Expositivo e Demonstrativo		30'	Formativa
<b>Conclusão</b>	Síntese das principais ideias; Esclarecimento de dúvidas; Avaliação através de preenchimento de questionário; Encerramento/conclusão.	Expositivo e Interrogativo		25'	Sumativa

Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **APÊNDICE VII**

### **Diapositivos da ação de formação**



<h2>Sumário</h2>	
Introdução - objetivos	
Deglutição - definição do conceito	
4 Fases do processo de deglutição	
Disfagia - definição do conceito	
Sinais de alerta de disfagia	
Causas de disfagia	
Avaliação da deglutição	
Avaliação dos pares cranianos com envolvimento na deglutição	
Exame Objetivo	
Avaliação instrumental - Videofluoroscopia da deglutição	
Escala de GUSS - <i>Gugging Swallowing Screen</i>	
Cuidados de Enfermagem à pessoa com compromisso da deglutição	
Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	
Considerações Finais	
Referências Bibliográficas	

## Introdução

**OBJETIVOS GERAIS:**

- Promover uma correta avaliação da deglutição e rastrear a presença de disfagia de forma não invasiva através da aplicação da Escala de GUSS às pessoas internadas no Serviço de Medicina 1 - Setor D;
- Promover cuidados de Enfermagem adequados à pessoa com disfagia;
- Prevenir complicações associadas à disfagia.

## Introdução

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Que no final da sessão os formandos possam:

- Conhecer as diferentes fases da deglutição;
- Identificar causas que podem condicionar a presença de disfagia em cada uma delas;
- Compreender a importância da avaliação da deglutição;
- Implementar corretamente a escala de GUSS;
- Identificar sinais precoces e de alerta de disfagia/aspiração silenciosa e respetivas complicações;
- Planear eficazmente os cuidados de enfermagem;
- Identificar e implementar estratégias compensatórias no momento da reeducação da deglutição;
- Prescrever uma dieta adequada à avaliação realizada.

### DEGLUTIÇÃO - definição do conceito

A **deglutição** consiste num conjunto de funções relacionadas com a passagem dos alimentos e das bebidas através da cavidade oral, farínge e esófago para o estômago em velocidade e quantidade adequadas (OMS, 2004).

Esta ação pode ser **voluntária**, durante a alimentação, ou **reflexa**, por exemplo, após estimulação pela salivação e durante o sono (Garuti et al., 2014).

Fig.1. Anatomia humana: anatomia da deglutição (Bucari, 2010)

### 4 fases do processo de deglutição

- FASE ORAL PREPARATORIA**
  - Voluntária e consciente
  - Preparação dos alimentos, alterando a sua consistência para que possam ser deglutidos
  - A duração desta fase depende da necessidade ou não de mastigação
- FASE ORAL**
  - Voluntária e consciente
  - Inicia-se com a formação do bolo alimentar e termina com o desencadear do reflexo de deglutição, determinado pelo IX par craniano (nervo glossofaríngeo)
  - Duração varia de 1 a 10 segundos
- FASE FARÍNGEA**
  - Início voluntário, mas inconsciente (ação reflexa)
  - Nesta fase ocorre a progressão do bolo alimentar pela faringe até ao esófago e proteção da via aérea contra a aspiração (devido ao encerramento da glote)
  - Duração de apenas 1 segundo
- FASE ESOFÁGICA**
  - Involuntária e inconsciente
  - Passagem do bolo alimentar do esófago até ao estômago através dos movimentos peristálticos e ação da gravidade
  - Duração de 8 a 20 segundos

(Braga, 2014)

### DISFAGIA - definição do conceito

Entende-se por **disfagia**, a dificuldade em fazer progredir, de forma eficaz e num tempo fisiológico considerado normal, os alimentos desde a sua entrada na via oral até ao estômago (WGO, 2014).

Fig.2. Ilustração: desloca de Iero - Pontinha, S. M. Branco, C. 2015. disfagia no adulto - observação prática. Lisboa: Paga-Litex.

### A disfagia afeta...

60%  
...dos idosos com doenças degenerativas

30 a 40%  
... das pessoas com sequelas após AVC

Illustration by Inara Senar - medical art

(Domingos & Veríssimo, 2014)

### DISFAGIA - sinais de alerta




- tosse;
- regurgitação nasal;
- dispneia, sensação de asfixia/engasgamento;
- mudanças nos sons respiratórios (respiração ruidosa, gorgolejo, pieira);
- lacrimejo; rubor facial;
- "fazer caretas" durante a alimentação;
- tentativas de "limpar a garganta"/pigarreio após deglutir;
- odinofagia;
- sensação de plenitude, "cócegas" ou queimadura na garganta durante a deglutição;

- sensação de bolo ou de nó na garganta;
- dor torácica durante a alimentação;
- alteração da qualidade da voz (ex. voz "molhada", nasalada);
- movimentos excessivos da língua durante a deglutição;
- aumento das secreções/sialorreia;
- diminuição do apetite;
- perda de peso sem explicação aparente;
- extravasamento de saliva pela boca e;
- presença de resíduos alimentares na boca após a deglutição.

(Saraiva et al., 2014)

### Causas de disfagia NA FASE ORAL

Causas	Consequências
Redução do encerramento labial	Sialorreia e extravasamento de comida para fora da boca
Limitações no movimento/articulação da mandíbula	Total ou parcial disfunção na mastigação
Alterações sensitivas dos lábios, bochechas e 2/3 anteriores da língua	Retenção/acumulação alimentar entre as bochechas e gengivas e dificuldade em controlar o bolo alimentar
Alterações nos movimentos anteroposteriores, laterais e verticais da língua	Dificuldade em formar o bolo alimentar com possível consequente aspiração
Redução do movimento de elevação e anteriorização do palato mole	Possível extravasamento de bolo alimentar para a faringe e aspiração para o trato respiratório

(Saraiva et al., 2014)

### Causas de disfagia NA FASE FARÍNGEA

Causas	Consequências
Falha no encerramento do palato mole	Extravasamento de bolo alimentar para as vias nasais
Contração faríngea assimétrica	Se o dano for bilateral, o bolo alimentar não irá progredir em ambos os lados e haverá acumulação de comida
Encerramento incompleto da laringe	Aspiração e acumulação de comida
Redução da amplitude de elevação laringea	Acumulação de comida em torno da laringe e consequente aspiração após deglutição
Disfunção do esfíncter esofágico superior	Bloqueio da passagem do bolo alimentar e possível aspiração para o trato respiratório

(Saraiva et al., 2014)

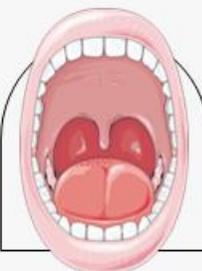
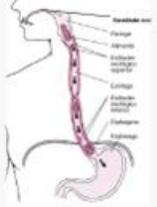
### Causas de disfagia NA FASE ESOFÁGICA

Causas	Consequências
Obstrutivas	• Presença de corpos estranhos (disfagia aguda)
Causas mediastínicas - obstruem o esófago por invaso direta, compressão ou através do aumento dos gânglios linfáticos	• Tumores (por exemplo, cancro do pulmão, histoplasimose); • Cardiovasculares (arterísculas dilatadas, compressão vascular)
Doenças da mucosa - estreitam o lúmen através de inflamação, fibrose ou neoplasia	• Estenose péptica secundária à doença do refluxo gastroesofágico; • Anéis e teias esofágicas (disfagia sideropéptica ou síndrome de Plummer-Vinson); • Tumores esofágicos; • Lesões químicas (por exemplo, ingestão cáustica, esofagite por pilula, esteroterapia para varizes); • Lesões por radiação; • Esofagite infecciosa (por exemplo, herpesvirus, Candida Albicans); • Esofagite eosinofílica; • Crescimento excessivo de tumor ou granulação em implante de stent esofágico

### Causas de disfagia NA FASE ESOFÁGICA

Causas	Consequências
Doenças neuromusculares afetam o músculo liso esofágico e a sua inervação, interrompendo o peristaltismo ou a relação do esfíncter esofágico inferior, ou ambos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acalasia (idiopática e associada a neoplasias, doença de Chagas, outras);</li> <li>Esclerodermia, doenças mistas do tecido conjuntivo (miosite);</li> <li>Espasmos esofágicos;</li> <li>Após fundoplicatura;</li> <li>Dispositivos anti-refluxo</li> </ul>
Pós-cirúrgicas	

(WEG, 2014)

### AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Illustration by: iStock - Medical Art

### Avaliação dos pares cranianos com envolvimento na deglutição

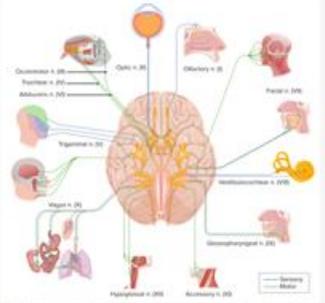


Fig. 4. (Mastromarino, Luperon, Volpi, 2014) e (Luperon, Luperon, Mastromarino, 2014)

### Exame objetivo

**FATORES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS**

- Estado de consciência
- Grau de atenção
- Memória
- Linguagem
- Capacidade de aprendizagem
- Percepção
- Ansiiedade
- Coordenação motora, força, postura
- sensibilidade, campos visuais, comportamentos compulsivos

**INSPEÇÃO DA CAVIDADE ORAL**

- Estado geral
- Presença de lesões
- Grau de higiene oral
- Existência de próteses dentárias

**AVALIAÇÃO DA RESPIRAÇÃO**

- Padrão respiratório
- Saturação periférica de oxigénio
- Oxigenoterapia
- Expectoração e gestão das secreções
- Ventilação não invasiva – tipos de interface
- Traqueotomia (tempo, cuff, tipo de cânula)

(Braga, 2017); Garuti et al., 2014; Domingos & Vieira (2014)

### Avaliação instrumental - videofluoroscopia da deglutição

- *Gold standard*
- Procedimento radiográfico
- Visualização direta e dinâmica das funções oral, faríngea e parte superior do esófago
- Bolos de diferentes consistências com contraste (bário)

• Vídeo ilustrativo deglutição normal:  
[Normal Swallow - YouTube](#)

36

### Avaliação instrumental - videofluoroscopia da deglutição

Fonte: [DILWENY FERREIRA COSTA, ENFERMEIRA, FARMACIA, E AVALIAÇÃO](#)

36

### Avaliação instrumental - videofluoroscopia da deglutição

**Vantagens:** ✓

- ✓ Avaliar autonomia e fisiopatologia das fases oral e faríngea
- ✓ Identificar se ocorre broncoaspiração e em que momento
- ✓ Análise imediata da duração exata e em tempo real dos fenómenos que acontecem
- ✓ Utilidade clínica na determinação da eficiência de estratégias compensatórias

**Desvantagens:** ✗

- ✗ Cariz invasivo
- ✗ Exposição à radiação
- ✗ Possibilidade de reação alérgica ao contraste (bário)
- ✗ Recursos materiais dispendiosos
- ✗ Limita a autonomia do enfermeiro
- ✗ Causador de stress no doente
- ✗ Prática limitada em contexto de internamento

(Andas & Dantas, 2014)

37

### ESCALA DE GUSS

*GUSS Gugging Swallowing Test*

Data da avaliação \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Identificação doente \_\_\_\_\_

**Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto**

	SIM	NÃO
<b>Vigil</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou limpeza faríngea</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou limpar a faringe 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição eficaz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Salorreira	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (roaquiido; voz molhada, crepitante ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	
	1 - 4 = Exige avaliação especializada 5 = Continuar para a secção 2	

(Ferrás et al., 2018)

38

### TESTE DIRETO



**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- ✓ COPO
- ✓ ÁGUA MINERAL OU BIDENTILADA
- ✓ ESPESSANTE ALIMENTAR
- ✓ PEDAÇO DE PÃO

Foto. Material para aplicação: copos. 20

### Modo de preparação



Fig. 1. Copo com água mineral. Fig. 2. Copo com água mineral. Fig. 3. Copo com água mineral. Fig. 4. Embalagem de espessante alimentar. Fig. 5. Água mineral com colher de pau. Fig. 6. Pedaço de pão. 21

### Tipos de consistências

Líquidos	Sólidos
<p><b>Consistência tipo sêctar:</b></p> <p>Líquido espesso. Pode-se beber com ajuda de uma palhinha. Pode-se beber diretamente por um copo/caneca.</p>	<p><b>Textura A – Macio</b></p> <p>Os alimentos devem ser naturalmente macios ou devem ser cozidos ou cortados para alisar a sua textura.</p>
<p><b>Consistência tipo mel:</b></p> <p>Pastoso fino. Não se pode beber com uma palhinha. Pode beber-se diretamente por um copo/caneca.</p>	<p><b>Textura B – Molde e húmido</b></p> <p>O alimento é macio e húmido, facilmente amassado com o garfo. Os pedaços são finos e redondos.</p>
<p><b>Consistência tipo purês:</b></p> <p>Pastoso grosso. Deve ser tomado por uma colher.</p>	<p><b>Textura C – Puro</b></p> <p>Homogêneo e fino. Os alimentos são finos, homogêneos, húmidos e sem pedaços. Pode ter aparência granulosa/arenosa.</p>

Tabela 1 - PORTUGAL, SERRAVALLE, C. (2015). Avaliação da ingestão alimentar por via oral. In: Portugal, S. (2015). 22

### ESCALA DE GUSS

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá, espessante e pão)

Seguir a ordem	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição lenta (> 2 seg.) (Máximo > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição eficaz	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE (respiratória)</b> (antes, durante ou após a deglutição – até 3 segundos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SALOBRÊNCIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (avaliar a voz antes e após a deglutição – utilizar que o doente diga "G")			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL</b>	(7)	(3)	(3)
	1-4 = Avaliação esperada/realizada	1-4 = Avaliação esperada/realizada	1-4 = Avaliação esperada/realizada
	2 = Continuar para líquido	3 = Continuar para sólido	3 = Terminar
<b>TOTAL (Secção 1 + Secção 2)</b>			(20)

(Ferreira et al., 2018) 23

ESCALA DE GUSS	
*	Inicialmente administrar de 1/3 a metade de uma colher de chá de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar após a 5ª colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Avaliar e interromper se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
†	Avaliação por especialista em Reabilitação

(Ferreira et al., 2018)

ESCALA DE GUSS		
RESULTADOS	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido eficaz Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta normal</li> <li>Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15-19	Semi-sólido e líquido eficaz Sólido ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Purê / dieta passada</li> <li>Líquidos de forma lenta (um gole de cada vez)</li> <li>Avaliação especializada</li> </ul>
10-14	Semi-sólido eficaz Líquido ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Purê / dieta passada</li> <li>Líquidos espessados</li> <li>Comprimidos esmagados e misturados no líquido espessado</li> <li>Não administrar medicação líquida</li> <li>Avaliação especializada</li> </ul> <p><i>Suplementação por via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Secção 1 sem sucesso ou semi-sólido ineficaz Risco de aspiração elevado	<ul style="list-style-type: none"> <li>NPO (non per os – proibida alimentação por via oral)</li> <li>Avaliação especializada</li> </ul> <p><i>Alimentação por via nasogástrica ou parentérica até nova avaliação</i></p>

(Ferreira et al., 2018)



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO

Fig. 10 Alimentação: Avaliação para os sintomas de alteração da deglutição

## CUIDADOS GERAIS

- Ambiente calmo e sem distrações
- Planear a atividade com a pessoa e incluir os cuidadores
- Validar preferências e hábitos alimentares e alergias da pessoa
- Utilizar e selecionar o correto posicionamento (posição mais comum sentado a 90°)
- Colocar a comida no campo visual da pessoa e ao seu alcance
- Utilizar utensílios adequados e ponderar a necessidade de produtos de apoio

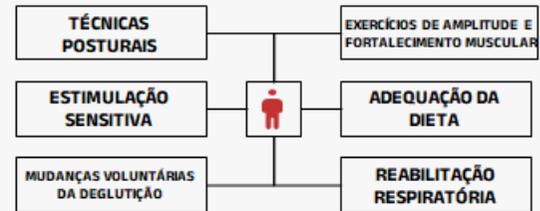
(Braga, 2016)

## CUIDADOS GERAIS

- Instruir a pessoa e supervisionar o processo, sempre que necessário
- Providenciar o tempo necessário para que a atividade ocorra em segurança e conforto
- Vigiar sinais de aspiração
- Confirmar sempre se ocorreu acumulação de alimentos na cavidade oral e reforçar a higiene oral
- Manter a cabeceira elevada pelo menos entre 30 a 45 minutos após a refeição

(Braga, 2017b)

## ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS



(Braga, 2017b)

## TÉCNICAS POSTURAIS

- Flexão cervical
- Extensão cervical
- Rotação cervical para o lado afetado
- Flexão lateral para o lado são
- Deitado (dorsal ou lateral)



(Braga, 2017b)

## ESTIMULAÇÃO SENSITIVA

- Mudança no sabor
- Mudança no volume
- Textura
- Odor
- Temperatura
- Bebidas gaseificadas

(Braga, 2017b)

### MUDANÇAS VOLUNTÁRIAS DA DEGLUTIÇÃO

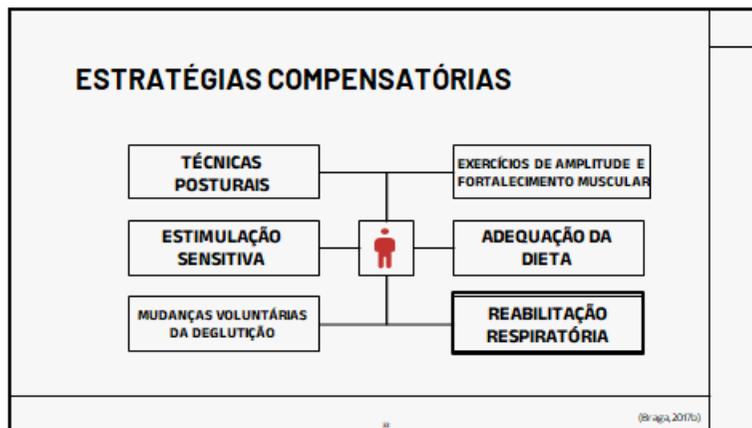
- Respiração supraglótica
- Respiração super-supraglótica
- Deglutição forçada
- Manobra de Mendelson: [Manobra de Mendelsohn \(youtube.com\)](#)
- Manobra de Masako: [Manobra de Masako \(Com Dentes / Dentaduras\) \(youtube.com\)](#)
- Deglutições múltiplas
- ...

(Braga, 2017b)

### EXERCÍCIOS DE AMPLITUDE E FORTALECIMENTO MUSCULAR

Fig. 16. Prontidão labial  
Fig. 16. Prontidão labial inferior  
Fig. 16. Sorriso simétrico e dentes

Fonte: Associação de Enfermeiros Fonoaudiólogos Portugueses, Grupo Cabeça-Pescoço. (2016). *Articul. do Cordeiro. Fonoaudiologia: Contextos e Estratégias*.



### SÍNTESE...

	<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE...</b></p> <p>1. O processo de deglutição é composto por quantas fases?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Uma única fase, já que corresponde a um processo que implica um conjunto de ações coordenadas, sequenciais e simultâneas, cuja sincronia é imprescindível;</li><li>b) Três fases: oral, faríngea e esofágica;</li><li>c) <b>Quatro fases: oral preparatória, oral, faríngea e esofágica;</b></li><li>d) Quatro fases: preparatória, oral, faríngea e esofágica.</li></ul>
---	--

	<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE...</b></p> <p>2. Quais das seguintes opções pode causar disfagia?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Redução do encerramento labial;</li><li>b) Alterações sensitivas dos lábios, bochechas e língua;</li><li>c) Complicações pós cirúrgicas e iatrogénicas;</li><li>d) <b>Todas as anteriores.</b></li></ul>
---	---

	<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE...</b></p> <p>3. Relativamente à escala de GUSS, seleccione a opção correta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Os líquidos são a primeira consistência a ser testada;</li><li>b) Deve ser verificado o rótulo e preparar os semi-sólidos na consistência néctar;</li><li>c) <b>Primeiramente colocar a quantidade desejada de espessante no copo e só após misturar a água até obter uma consistência tipo pudim;</b></li><li>d) Na presença de sialorreia no teste indireto, aspirar as secreções e avançar para o teste direto.</li></ul>
--	--

	<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE...</b></p> <p>4. Seleccione a opção <b>incorreta</b> no que diz respeito aos cuidados gerais à pessoa com alterações da deglutição:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) O ambiente deve ser calmo e sem distrações;</li><li>b) Colocar a comida no campo visual da pessoa e ao seu alcance;</li><li>c) Confirmar sempre se ocorreu acumulação de alimentos na cavidade oral e reforçar a higiene oral;</li><li>d) <b>Baixar imediatamente a cabeça após a refeição, para promover o descanso.</b></li></ul>
--	--



### SÍNTESE...

5. Na alimentação à pessoa com parésia facial... Seleccione a opção incorreta:

- a) Realizar flexão cervical e rotação para o lado parético;
- b) Realizar flexão cervical e rotação para o lado não parético;**
- c) Dar pequenas quantidades de alimento, para o lado não parético;
- d) Na presença de resíduos alimentares, massajar a hemiface parética, sugerir à pessoa a remoção dos mesmos com movimentos da língua e incentivar deglutições múltiplas.

30

### Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

<input type="checkbox"/>	A satisfação do cliente
<input type="checkbox"/>	A promoção da saúde
<input type="checkbox"/>	A prevenção de complicações
<input type="checkbox"/>	O bem-estar e o autocuidado
<input checked="" type="checkbox"/>	A readaptação funcional
<input checked="" type="checkbox"/>	A organização dos cuidados de enfermagem
<input type="checkbox"/>	A reeducação funcional
<input type="checkbox"/>	A promoção da inclusão social

40 (QE, 2018)



### Considerações finais...

Pelo exposto, considera-se que as medidas e os esforços preventivos inerentes a esta situação devem ser considerados como uma prioridade em saúde, promovendo assim a qualidade dos cuidados o que invariavelmente impacta a qualidade de vida da população (Ferreira et al., 2018).

41

### QUESTÕES?

Grata pela atenção!



42



Contributo da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com parésia facial

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **APÊNDICE VIII**

### **Questões para avaliação do conhecimento dos formandos**

### **Questões para avaliação do conhecimento dos formandos**

(a aplicar antes e após a sessão de formação)

1. O processo de deglutição é composto por quantas fases?

- a) Uma única fase, já que corresponde a um processo que implica um conjunto de ações coordenadas, sequenciais e simultâneas, cuja sincronia é imprescindível;
- b) Três fases: oral, faríngea e esofágica;
- c) Quatro fases: oral preparatória, oral, faríngea e esofágica;
- d) Quatro fases: preparatória, oral, faríngea e esofágica.

2. Quais das seguintes opções pode causar disfagia?

- a) Redução do encerramento labial;
- b) Alterações sensitivas dos lábios, bochechas e língua;
- c) Complicações pós cirúrgicas e iatrogénicas;
- d) Todas as anteriores.

3. Relativamente à escala de GUSS, seleccione a opção correta:

- a) Os líquidos são a primeira consistência a ser testada;
- b) Deve ser verificado o rótulo e preparar os semi-sólidos na consistência néctar;
- c) Primeiramente colocar a quantidade desejada de espessante no copo e só após misturar a água até obter uma consistência tipo pudim;
- d) Na presença de sialorreia no teste indireto, aspirar as secreções e avançar para o teste direto.

4. Selecione a opção **incorreta** no que diz respeito aos cuidados gerais à pessoa com alterações da deglutição:

- a) O ambiente deve ser calmo e sem distrações;
- b) Colocar a comida no campo visual da pessoa e ao seu alcance;
- c) Confirmar sempre se ocorreu acumulação de alimentos na cavidade oral e reforçar a higiene oral
- d) Baixar imediatamente a cabeça após a refeição, para promover o descanso.

5. Na alimentação à pessoa com parésia facial... Selecione a opção incorreta:

- a) Deve realizar flexão cervical e rotação para o lado parético;
- b) Deve realizar flexão cervical e rotação para o lado não parético;
- c) Administrar pequenas quantidades de alimento, para o lado não parético;
- d) Na presença de resíduos alimentares, massajar a hemiface parética, sugerir à pessoa a remoção dos mesmos com movimentos da língua e incentivar deglutições múltiplas.

## **APÊNDICE IX**

### **Questionário de avaliação da ação de formação**



**Questionário de Avaliação da Ação de Formação “Avaliação da Deglutição no Internamento” para os formandos**

**Formadora:** \_\_\_\_\_

A sua opinião sobre esta ação apresentada é, para nós, muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua e de ajustamento em futuras formações. Por favor, circunde com uma bola (O) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 “muito”, de forma progressiva e conforme a sua opinião.

**A – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS**

1. Conteúdos da ação de formação
2. Estrutura e organização dos conteúdos
3. Interesse/utilidade dos conteúdos
4. Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)

	Nada				Muito
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**B – FORMADORA**

5. Domínio e clareza na exposição das matérias tratadas
6. Estímulo à participação dos formandos
7. Relacionamento com os formandos
8. Capacidade de motivar para as matérias lecionadas
9. Documentação e bibliografia suficiente e adequada
10. Pontualidade e cumprimento do tempo da sessão

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**C – AVALIAÇÃO GLOBAL**

11. Concretização dos objetivos propostos
12. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos
13. O nível das matérias tratadas é adequado ao seu nível de conhecimento

	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**D – SUGESTÕES E COMENTÁRIOS (opcional)**

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



# MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

