



REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

VOL. 6, Nº 2

Artigo original reportando investigação clínica ou básica





DOI - 10.33194/rper.2023.341 | Identificador eletrónico – e341

Data de receção: 17-06-2023; Data de aceitação: 04-11-2023; Data de publicação: 05-11-2023

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM NEGLIGÊNCIA HEMIESPACIAL – ESTUDO DE CASO

INTERVENTION OF THE REHABILITATION NURSE ON THE PERSON WITH NEGLECT – CASE STUDY

*INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA REHABILITADORA EN LA PERSONA COM NEGLIGENCIA
HEMIESPACIAL – ESTUDIO DE CASO*

Filipe Teixeira¹ ; Miriam Silva¹ ; Ana Cristina Nunes Mesquita² 
Helena Castelão Figueira Carlos Pestana^{2,3} 

¹ Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

² Escola Superior De Saúde Atlântica, Barcarena, Portugal

³ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Autor Correspondente: Helena Pestana, hcepestana@gmail.com

Como Citar: Miguel Silva Teixeira F, De Brito Da Silva M, Cristina Nunes De Mesquita A, Pestana HCFCP. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa com Negligência Hemiespacial – Estudo de Caso. Rev Port Enf Reab [Internet]. 5 de Novembro de 2023 [citado 5 de Novembro de 2023];6(2):e341. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/341>

FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

www.rper.pt

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

www.aper.pt

A equipa editorial da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/about/editorialTeam>

A equipa de revisores da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/revisores>



Este trabalho encontra-se publicado com a Licença Internacional Creative Commons.
Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0. Direitos de Autor (c) 2023 Revista Portuguesa de
Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Introdução: A Negligência Hemiespacial pode ocorrer em 25% das pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC). O esquecimento do Hemiespaço Afetado compromete a funcionalidade da pessoa. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) atua na consciencialização do Hemiespaço Afetado. A finalidade deste estudo é compreender os ganhos sensíveis à prática do EEER na consciencialização do Hemiespaço Afetado na pessoa após AVC. Definiu-se os objetivos específicos: identificar os fatores que influenciam a consciencialização do Hemiespaço Afetado; identificar as atividades terapêuticas de Enfermagem de Reabilitação que facilitam a consciencialização do Hemiespaço Afetado da pessoa com Negligência Hemiespacial; identificar o impacto da consciencialização do Hemiespaço Afetado na funcionalidade da pessoa.

Metodologia: Trata-se de um estudo de caso único com abordagem qualitativa, seguindo as *guidelines* da CAsE REport. Implementou-se um programa de estimulação do Hemiespaço Afetado com ênfase na facilitação cruzada, a uma pessoa em internamento de agudos com Negligência Hemiespacial após AVC.

Resultados: A Negligência Hemiespacial passou de severa para moderada (avaliação com *Catherine Bergego Scale*), favorecendo a consciencialização do Hemiespaço Afetado. A pessoa apresentou evolução positiva de 20 pontos na funcionalidade (avaliação com a Medida de Independência Funcional) e, também, melhoria da força muscular.

Discussão: A intervenção do EEER permite a recuperação da Negligência Hemiespacial através de relação de parceria, atribuição de sentido às transições, implementação de facilitação cruzada e estratégias para manter a atenção e motivação da pessoa.

Conclusão: A consciencialização do Hemiespaço Afetado permitiu melhorar a funcionalidade da pessoa, com ganhos a nível sensitivo e motor.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, Negligência Hemiespacial.

ABSTRACT

Introduction: Neglect can occur in 25% of people with stroke. Forgetting the Affected Hemispace compromises the person's functionality. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (SNRN) works to raise awareness of Affected Hemispace. The purpose of this study is to understand the significant gains from the practice of SNRN in raising awareness of Affected Hemispace in people post-stroke. The specific objectives were defined: identify the factors that influence Affected Hemispace awareness; identify therapeutic activities of Rehabilitation Nursing activities that facilitate the awareness of Affected Hemispace in people with neglect; identify the impact of Affected Hemispace awareness on the person's functionality.

Methodology: This is a single case study with a qualitative approach, following the CAsE REport guidelines. An Affected Hemispace stimulation program with an emphasis on cross-facilitation was implemented for a person in an acute inpatient setting with neglect after a stroke.

Results: The Affected Hemispace decreased from severe to moderate (assessed with Catherine Bergego Scale), with improved awareness of Affected Hemispace. The person showed a

positive evolution of 20 points in functionality (assessment with Functional Independence Measure), and also showed improvement in muscle strength.

Discussion: The SNRN intervention has an impact on the recovery of the neglect because it plays a close role, through a partnership relationship with attribution of meaning of the transitions, implementation of cross-facilitation and strategies to maintain the person's attention and motivation.

Conclusion: Awareness of Affected Hemispace allowed to improve the person's functionality, insofar as there are gains at a sensory and motor level.

Descriptors: Stroke, Rehabilitation Nursing, Neglect

RESUMEN

Introducción: La Negligencia Hemiespacial ocurre en 25% de las personas con Accidente Cerebrovascular (ACV). El olvido del Hemiespacio Afectado compromete la funcionalidad de la persona. La Enfermera Especialista en Enfermería de Rehabilitación (EEER) ayuda a las personas a tomar conciencia de su Hemiespacio Afectado. El propósito del estudio es comprender los beneficios de practicar EEER para crear conciencia sobre la Hemiespacio Afectado en personas después de ACV. Se definieron objetivos específicos: identificar los factores que influyen en la concienciación sobre Hemiespacio Afectado; identificar intervenciones de enfermería de rehabilitación que faciliten la concientización del Hemiespacio Afectado; identificar el impacto de la conciencia de Hemiespacio Afectado en la funcionalidad de la persona.

Metodología: Es un estudio de caso único con enfoque cualitativo, siguiendo las directrices del CAsE REport. Se implementó un programa de estimulación del Hemiespacio Afectado con énfasis en facilitación cruzada en una persona en un hospital de agudos con Negligencia Hemiespacial después de ACV.

Resultados: La Negligencia Hemiespacial pasó de grave a moderada (evaluada con *Catherine Bergego Scale*), con mejor conciencia del Hemiespacio Afectado. La persona mostró evolución positiva de 20 puntos en funcionalidad (evaluada con Medida de Independencia Funcional) y, también, mejoró la fuerza muscular.

Discusión: La intervención de EEER incide en la recuperación de la Negligencia Hemiespacial a través de asociación, atribución de significado a las transiciones, facilitación cruzada y estrategias para mantener la atención y motivación.

Conclusión: El conocimiento del Hemiespacio Afectado permitió mejorar la funcionalidad de la persona, con ganancias sensoriales y motores.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Enfermería de Rehabilitación, Negligencia Hemiespacial

INTRODUÇÃO

A principal causa de morte e de incapacidade em Portugal é o Acidente Vascular Cerebral (AVC)⁽¹⁾. A sintomatologia do AVC mais frequente é a diminuição da força muscular contralateral à lesão e afasia e/ou disartria⁽²⁾. Em 25% dos casos também pode haver Negligência Hemiespacial contralateral à lesão, ocorrendo em 70% das lesões do hemisfério direito⁽³⁾. A Negligência Hemiespacial pode afetar a perceção, a atenção e o movimento contralateral à lesão^(4,5).

A Negligência Hemiespacial compromete a funcionalidade da pessoa vítima de AVC, ou seja, a realização das Atividades de Vida Diária (AVD)⁽³⁻⁶⁾. Além disto, também aumenta o tempo de internamento hospitalar e quanto maior a sua gravidade maior o tempo de reabilitação⁽⁷⁾. A recuperação da Negligência Hemiespacial pode ocorrer nos primeiros 3 meses após o AVC, mas, para tal, o programa de reabilitação deve ser iniciado precoce e intensivamente para potenciar a recuperação da pessoa^(1,5).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é o elemento da equipa multidisciplinar que tem a função de capacitar a pessoa para a realização das AVD e maximizar o seu potencial individual sendo que, para tal, a pessoa tem de ter consciência do Hemiespaço Afetado⁽⁷⁻⁹⁾. A intervenção do EEER é individualizada, com utilização de técnicas e de métodos universais adequados às especificidades de cada Pessoa e com participação da mesma na elaboração do seu Plano de Cuidados^(8,9). A consciencialização do Hemiespaço Afetado é o resultado esperado do Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação “Esquecimento Unilateral”⁽¹⁰⁾.

Não existe uma abordagem universal com intervenções padrão para melhorar a Negligência Hemiespacial⁽¹¹⁾. Porém, identificou-se numa Revisão Sistemática da Literatura, apresentada por Klinke et al. em 2015, grupos de intervenções validados que devem ser considerados e adaptados às necessidades de cada pessoa: estimulação contralesional do pescoço, estímulos emocionais positivos (por exemplo, mostrar fotografias familiares), participação da família e treino intensivo, estimulação elétrica dos membros, treino de imagem mental dos membros afetados, terapia de espelho, terapia musical, “tapa-olho” do lado são (intervenção com resultados inconsistentes), treino de perseguição ocular suave, realidade virtual e treino com informática, e por fim, treino de varredura visual (por exemplo, transportar objetos do hemiespaço são para o Hemiespaço Afetado)⁽¹²⁾.

Os estudos recentes sobre esta temática não evidenciam claramente os ganhos específicos da intervenção do EEER na consciencialização do Hemiespaço Afetado na pessoa com Negligência Hemiespacial após AVC, pelo que decidiu-se realizar um estudo de caso com a questão de investigação “Quais são os ganhos sensíveis à intervenção do EEER na consciencialização do Hemiespaço Afetado na pessoa com Negligência Hemiespacial após AVC?”

A finalidade do estudo de caso é compreender os ganhos sensíveis à prática do EEER na consciencialização do Hemiespaço Afetado na pessoa com Negligência Hemiespacial após AVC. Os objetivos específicos são:

- Identificar os fatores que influenciam e são influenciados pela consciencialização do Hemiespaço Afetado;

- Identificar as atividades terapêuticas de Enfermagem de Reabilitação que facilitam a consciencialização do Hemiespaço Afetado na pessoa com Negligência Hemiespacial após AVC;
- Identificar o impacto da consciencialização do Hemiespaço Afetado na funcionalidade da pessoa.

METODOLOGIA

De acordo com Yin (citado por Andrade, et al. 2017), o estudo de caso é um tipo de pesquisa empírica que tem como objetivo explorar, descrever e explicar o evento com base num problema de investigação para compreender claramente o fenómeno, recorrendo a múltiplas fontes de evidência⁽¹³⁾. Para tal, é utilizado um método estruturado para conhecimento de fenómenos individuais ou de grupos em contexto real que, no caso da investigação em enfermagem, permite estudar fenómenos da vida complexos. A estrutura de um estudo de caso consiste em seis etapas: definição do problema; definição do caso; fundamentação teórica; elaboração do protocolo de estudo; colheita de dados; análise e discussão dos resultados⁽¹³⁾.

O presente estudo de caso é de cariz único com descrição de um caso real e compreensão dos dados, com amostra por conveniência (oportunidade). A elaboração do estudo de caso segue as *guidelines* da CAse REport para garantir qualidade metodológica⁽¹⁴⁾. A pessoa não apresentava capacidade para tomar decisões, obtendo-se consentimento informado do Prestador de Cuidados. Procurou-se cumprir os princípios éticos, com ênfase na autonomia, beneficência, não maleficência, qualidade de vida, veracidade e confidencialidade⁽⁹⁾, com obtenção de Parecer Favorável (nº106/2022) da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Este estudo de caso reporta-se a uma pessoa com Negligência Hemiespacial após AVC, em regime de internamento de agudos. A seleção da pessoa para este estudo de caso foi intencional, por identificação de ganhos em saúde potencialmente associados à intervenção do EEER. Instituiu-se um programa de estimulação do Hemiespaço Afetado (neste caso o lado esquerdo) que decorreu durante 24 dias, com 11 sessões realizadas pelo EEER. O programa de estimulação do Hemiespaço Afetado terminou porque a pessoa teve alta hospitalar para Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e de Reabilitação. A pessoa também realizou concomitantemente sessões de fisioterapia e de terapia da fala.

Inicialmente identificou-se os dados sensíveis para a prática de Enfermagem de Reabilitação através de entrevista à pessoa e ao prestador de cuidados, consulta do processo clínico e dos exames analíticos e imagiológicos e da realização de exame físico com ênfase na avaliação da função neurológica. Recorreu-se a Instrumentos de Avaliação validados pela Ordem dos Enfermeiros para avaliação da pessoa⁽¹⁵⁾, nomeadamente a escala de *Glasgow Coma Scale* (GCS)⁽¹⁶⁾ para avaliação do nível de consciência, *Catherine Bergego Scale* (CBS)^(4,17,18) para avaliação do esquecimento unilateral, *Medical Research Council Muscle Scale Modificada* (mMRC)⁽¹⁹⁾ para avaliar a força muscular e Medida de Independência Funcional (MIF)^(15,20) para avaliar o desempenho da pessoa nos domínios motor e cognitivo/social nos aspetos do autocuidado. Foi consultado o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (PDCEEER)⁽¹⁰⁾ e o *Browser CIPE* do *International*

Council of Nursing para identificação dos Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação. As Intervenções de Enfermagem de Reabilitação foram identificadas com auxílio do PDCEER⁽¹⁰⁾ e da revisão da literatura apresentada por Klinker et al.⁽¹²⁾, sendo constantemente adaptadas à especificidade da pessoa. O plano de cuidados elaborado foi sustentado na Teoria do Déficit de Autocuidado de *Dorothea Orem* e na Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, no sentido de nortear a prestação de cuidados no âmbito da Enfermagem de Reabilitação^(21,22).

Definiu-se critérios de exclusão para iniciar as sessões: desinteresse da pessoa, náuseas e/ou vômitos, dispneia, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, frequência cardíaca $\leq 50\text{bpm}$ ou $\geq 120\text{bpm}$, pressão arterial sistólica $\leq 90\text{mmHg}$ ou $\geq 180\text{mmHg}$ e pressão arterial diastólica $\leq 50\text{mmHg}$ ou $\geq 90\text{mmHg}$. Também se definiu critérios para interrupção das sessões: desinteresse da pessoa, náuseas e/ou vômitos e dispneia.

As sessões duraram 40 a 50 minutos, aumentando-se a complexidade dos exercícios ao longo do programa de estimulação do Hemiespaço Afetado. A definição do número de series e de repetições de cada exercício foi planeado inicialmente, mas ajustou-se à vontade da pessoa em cada sessão. Documentou-se as atividades que a pessoa conseguiu realizar em todas as sessões.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Anamnese

Trata-se de uma pessoa com 77 anos, género feminino, caucasiana, nacionalidade portuguesa, casada, vive com o marido e uma filha. Foi vendedora de mercado, atualmente reformada, e tem o 1º ciclo de escolaridade. A altura é 160 cm e o peso 70kg, com Índice de Massa Corporal 27,3kg/m². Os antecedentes clínicos são cardiopatia isquémica, hipertensão arterial e dislipidemia.

A Pessoa apresentou afasia de expressão, plegia no membro superior esquerdo, parésia no membro inferior esquerdo e Negligência Hemiespacial no dia 22/03/2022. Realizou-se tomografia computadorizada e angiotomografia crânio-encefálica, identificando-se oclusão da artéria carótida interna direita e da artéria cerebral média direita. Foi submetida a trombectomia endovenosa porém persistiu oclusão dos segmentos distais da artéria cerebral média direita. Anteriormente a Pessoa era independente na realização das AVD.

Avaliação por EEER

Na primeira sessão realizou-se a avaliação inicial e global da situação e da pessoa, focada na entrevista e no exame físico. Efetuou-se avaliação do estado mental, da comunicação, da função dos pares cranianos, da Negligência Hemiespacial, do tónus muscular, da força muscular, do equilíbrio corporal e da funcionalidade. Não foi possível avaliar a amplitude articular porque a pessoa apresentava compromisso da força muscular, nem a coordenação motora porque a pessoa não compreendia os testes. Posteriormente, identificou-se os Diagnósticos de Enfermagem e as Intervenções específicas do EEER, no sentido de dar resposta às necessidades de cuidados de reabilitação neste caso especificamente.

Avaliação do Estado Mental

A pessoa apresentava dificuldade em fornecer um relato de forma adequada que possibilitasse uma avaliação do estado mental, pelo que, a avaliação do estado mental resultou da observação. Constatou-se que a pessoa se apresentava sonolenta, despertável ao toque e à estimulação verbal simples, com orientação autopsíquica, mas desorientação relativamente ao tempo e ao espaço. Mostrava dificuldade em cumprir ordens simples, resposta motora lentificada, comunicação oral por gemidos, atenção difícil de captar e dispersa ao fim de 5 segundos. Apresentava fâcies inexpressivo, esquecia-se das suas limitações, não conseguia gerir problemas e não tinha iniciativa para interação social. Por vezes, efetuava movimento de fuga ao toque de terceiros.

O *score* de avaliação na GCS⁽¹⁶⁾ é 10 em 15 (abertura ocular após ordem em tom de voz normal – *score* 3, resposta verbal por gemidos – *score* 2 e resposta motora com localização da dor – *score* 5), o que permite aferir que a pessoa apresentava alteração do estado de consciência.

Avaliação da Comunicação

Para esta avaliação recorreu-se a *Aphasia Rapid Test* (ART), que permite avaliar alterações na comunicação a nível da fluência, compreensão, nomeação e repetição⁽²³⁾. Identificou-se discurso não fluente e incapacidade de repetir palavras/frases. A pessoa apresentava pausas anómicadas e parafasias. Compreendia a mensagem de terceiros, mas demorava a emitir resposta. Não apresentava capacidade de leitura.

Avaliação das Funções dos Pares Cranianos

A pessoa apresentava movimentos oculares intactos, hemianopsia homónima esquerda e parésia facial central à esquerda. Identificando-se deglutição comprometida para alimentos de consistência líquida. Não foi possível avaliar o olfato, a mastigação, a sensibilidade na face, o paladar e os movimentos dos músculos esternocleidomastoideu e trapézio, da língua, da úvula e do palato mole devido às alterações na linguagem identificadas e por ser difícil captar e manter a atenção da pessoa.

Avaliação da Negligência Hemiespacial

A pessoa apresentava Negligência Hemiespacial à esquerda com anosognosia, assumindo-se sensibilidade comprometida no hemicorpo afetado.

Para avaliação formal da Negligência Hemiespacial foi utilizado a CBS, que permite classificar a Negligência Hemiespacial em ligeira (*score* final 1-10), moderada (*score* final 11-20) ou severa (*score* final 21-30) através da atribuição de pontuação a atividades específicas realizadas pela pessoa no Hemiespaço Afetado^(4,17,18). O *score* final varia entre 0 a 30^(17,18).

A CBS foi aplicada na 1ª, 4ª, 7ª e 11ª sessão para avaliar a evolução da pessoa ao longo das sessões. Na primeira sessão, o *score* final na CBS foi 24, que, por interpretação da mesma, corresponde a Negligência Hemiespacial severa.

Avaliação do Tónus Muscular

A pessoa exibia hipotonia no membro superior esquerdo e no membro inferior esquerdo. Não foi possível avaliar o tónus muscular no membro superior direito e no membro inferior direito porque a pessoa executava movimento de fuga.

Avaliação da Força Muscular

A força muscular foi avaliada através da mMRC, por ser um instrumento de avaliação completo que avalia a força muscular em movimentos de rolamento, contra a gravidade e contra a resistência, assim como esta versão oferece informação mais detalhada do que a sua versão original⁽¹⁹⁾. A mMRC foi aplicada na 1^a, 4^a, 7^a e 11^a sessão para avaliar a evolução da pessoa ao longo das sessões.

A pessoa não demonstrava contração muscular nem movimento (0/5) nos segmentos do membro superior esquerdo e nos dedos do pé esquerdo. A articulação do tornozelo esquerdo apresentava contração muscular, mas sem movimento (1/5). A articulação da anca esquerda e o joelho esquerdo apresentavam contração muscular e movimento, mas não contra a gravidade (2/5). Não se avaliou a força muscular no membro inferior esquerdo e no membro inferior direito porque a pessoa executava movimento de fuga.

Avaliação do Equilíbrio Corporal

A pessoa apresentava alterações na postura corporal na posição de sentado: depressão do ombro esquerdo, inclinação cervical para a esquerda e rotação cervical para a direita, com o tronco em flexão lateral para a esquerda. Na posição de pé também exibia flexão do tronco para a frente. Estas alterações posturais originavam equilíbrio corporal instável nas posições de sentado (estático e dinâmico) e de pé (estático e dinâmico).

Optou-se por não utilizar um instrumento de avaliação validado para avaliação do equilíbrio corporal, uma vez que a pessoa não entendia as indicações, tinha dificuldade em manter a atenção e também não assumia a posição ortostática. Assim, realizou-se avaliação por observação direta.

Avaliação da Funcionalidade

Utilizou-se MIF para medir a funcionalidade, isto é, a capacidade de a pessoa realizar as AVD sem ajuda de terceiros, por permitir avaliar as AVD básicas e as AVD instrumentais. Quanto maior o *score* final, maior a independência^(15,20).

A MIF foi aplicada na 1^a e na última sessão (11^a), uma vez que as alterações na funcionalidade da pessoa ocorrem lentamente. Na primeira sessão, a pessoa apresentava apraxia ideomotora e incapacidade de controlo de esfíncteres urinário e intestinal. Através da aplicação da MIF obteve-se 12 pontos no subtotal motor e 16 pontos no subtotal cognitivo, com pontuação final 28 pontos que corresponde a dependência modificada com assistência até 50% das tarefas. A pessoa apresentava compromisso de todas as AVD e não foi possível avaliar a locomoção em escadas porque a pessoa não conseguia assumir a posição de pé.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

No âmbito do programa de estimulação do Hemiespaço Afetado foram identificados diagnósticos de enfermagem, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE):

- Esquecimento unilateral [Hemiespaço Afetado];
- Comunicação comprometida;
- Movimento muscular comprometido
- Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;
- Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal.

A consciencialização do Hemiespaço Afetado será o resultado esperado das intervenções de Enfermagem de Reabilitação. Assim, foram prescritas intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação na 1ª sessão, sensíveis a cada um dos diagnósticos identificados inicialmente, do qual resultou o Plano de Cuidados explicitado na Tabela 1.

Tabela 1 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Esquecimento unilateral [Esquerda]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular perceção sensorial [disposição da mesa de apoio no lado esquerdo; abordagem pelo lado afetado e informar o prestador de cuidados, envolvendo-o; estimular a olhar para o Hemiespaço Afetado, membro superior afetado e para o membro inferior afetado; colocar a pessoa em frente ao espelho para realizar as AVD; estimulação sensorial dos membros afetados com diferentes texturas (pele, algodão, esponja de tecido, superfície áspera e madeira lisa) e com objetos de diferentes formatos (caneta, copo, colher, pente, escova de dentes, shampoo, chuveiro, vestuário); técnica de massagem nos membros afetados com creme perfumado; facilitação cruzada (levar a mão afetada à face contralateral, tocar com a mão sã nos segmentos dos membros afetados, jogo da árvore com argolas para passar as argolas do ramo do lado sã para o ramo do lado afetado e disposição gradual dos objetos do lado sã para o lado afetado durante as AVD)]. • Incentivar execução de exercício muscular e articular [membros afetados].
<p>Comunicação comprometida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para comunicar [fluência, compreensão, nomeação, repetição e articulação das palavras]. • Gerir ambiente [redução de estímulos externos (visuais e sonoros), linha de comunicação direta e utilização de discurso simples]. • Incentivar pessoa a comunicar [através de expressões simples, repetição, gestos e entoação variada, assim como de validação de receção da mensagem e reforço positivo].
<p>Movimento muscular comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar força muscular através de escala [mMRC]. • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo [1 serie de 10 repetições de cada movimento dos membros afetados mediante tolerância, em cada sessão]. • Supervisionar o movimento muscular [da articulação da anca, joelho e do tornozelo afetados].

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. • Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [exercícios isotónicos ativos dos segmentos e movimentos de ambos os membros inferiores, assim como na flexão e na rotação da coluna cervical para o lado afetado e para o lado são; automobilização do membro superior afetado; rolamento para o lado são com estiramento do tronco; rolamento para o lado afetado com carga sensitiva no tronco; oscilação pélvica; ponte]. • Treinar técnicas de exercício muscular e articular [1 serie de 10 repetições em cada sessão, com exceção dos rolamentos (1 repetição em cada sessão, com 1 serie de 10 repetições de estiramento do tronco e de carga sensitiva no tronco)].
Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal. • Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural]. • Treinar técnica de equilíbrio corporal [1 vez por sessão em frente ao espelho e sempre que apresente defeito na postura corporal].

RESULTADOS

Realizou-se avaliação da Negligência Hemiespacial, da comunicação, da força muscular do membro superior e inferior esquerdo, assim como do equilíbrio corporal ao longo das sessões. Pretendeu-se, através das avaliações periódicas, identificar e registar a evolução da Pessoa ao longo do programa de estimulação do Hemiespaço Afetado para se compreender os ganhos sensíveis à prática do EEER na pessoa com Negligência Hemiespacial após AVC.

A partir da segunda sessão, a pessoa estava acordada, com orientação autopsíquica e em relação ao espaço. Exibia humor eutímico e discurso impercetível. Demonstrava vontade em efetuar as atividades, mas a atenção era difícil de captar e de manter. O *score* na GCS melhorou, passando a ser até à penúltima sessão *score* 13 em 15: abertura ocular espontânea – *score* 4, resposta verbal por palavras isoladas inteligíveis – *score* 3 e resposta motora com cumprimento de ordens simples – *score* 6.

A partir da 4ª sessão conseguiu recordar eventos recentes, a atenção era mais fácil de captar e difícil de manter. A Pessoa evoluiu de Negligência Hemiespacial severa para Negligência Hemiespacial moderada a partir da 7ª sessão. Na Tabela 2 apresenta-se a evolução em 4 sessões da consciencialização do Hemiespaço Afetado de acordo com CBS.

Tabela 2 – Evolução da consciencialização espacial ao longo do programa de estimulação do Hemiespaço Afetado, segundo CBS

Item	Pontuação por Sessão			
	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 7	Sessão 11
Esquece de pentear ou lavar a parte esquerda da face	3	3	2	2
Apresenta dificuldade em ajustar a manga esquerda	3	3	3	3
Esquece de comer comida do lado esquerdo do prato	3	3	2	1

Item	Pontuação por Sessão			
	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 7	Sessão 11
Esquece de limpar o lado esquerdo da boca	3	2	2	1
Sente dificuldade em olhar para a esquerda	3	2	2	1
Esquece de uma parte esquerda do corpo	3	3	2	2
Tem dificuldade em prestar atenção ao ruído ou às pessoas que se dirigem a ela pela esquerda	3	2	2	1
Colide com pessoas ou objetos do lado esquerdo, ao caminhar ou a dirigir uma cadeira de rodas	*	*	*	*
Tem dificuldade em encontrar o caminho para a esquerda	*	*	*	*
Sente dificuldade em encontrar os seus pertences quando estão do lado esquerdo	3	3	2	2
Total	24	21	19	13

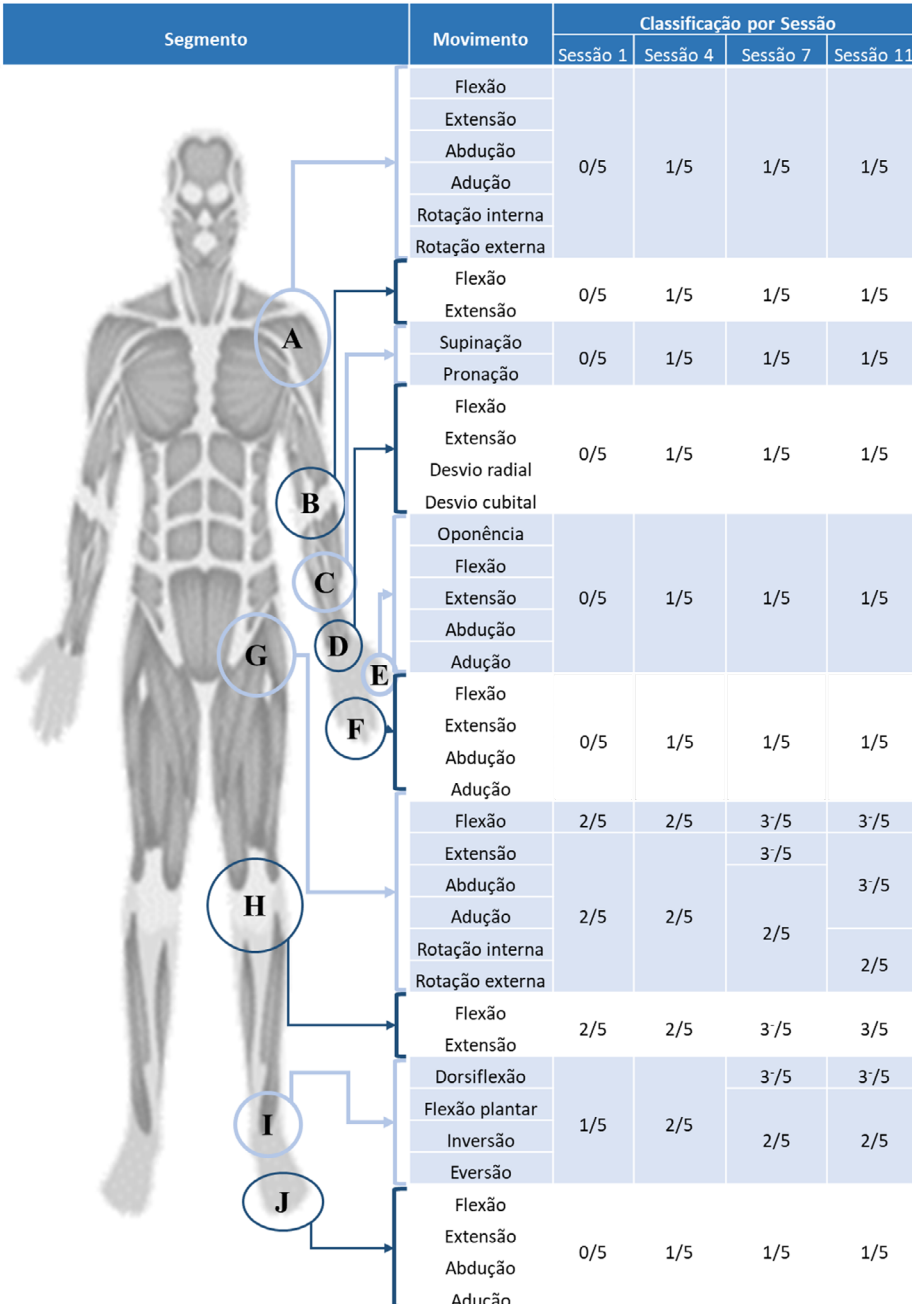
Legenda: 0 – Sem Negligência Hemiespacial ; 1 – Negligência Hemiespacial ligeira; 2 – Negligência Hemiespacial moderada; 3 – Negligência Hemiespacial severa; * Não Avaliado, pessoa incapaz de realizar atividades

A pessoa foi-se tornando mais comunicativa verbalmente e com gestos com significado perceptível. Na última sessão a pessoa conseguiu repetir frases simples. Ainda exibia discurso não fluente e com pausas anómicadas, mas mostrava alguma capacidade para gerir problemas, tinha iniciativa para interação e solicitava assistência para realizar algumas atividades. Apresentando emissão de palavras e frases, mas com discurso globalmente incoerente.

Não foi possível realizar todas as atividades planeadas para cada sessão porque a pessoa mantinha desatenção, referir vontade em concluir as atividades antes da duração predefinida e, na sessão 4, referir náuseas após o levante.

A pessoa não efetuou os exercícios isotónicos ativos da coluna cervical, dos membros inferiores em todas as sessões porque não compreendia a atividade e resistir à mesma. Tolerou os exercícios passivos no membro superior e inferior esquerdo, passando a ativo-assistido a partir da 7ª sessão, na flexão e extensão da articulação da anca esquerda, na flexão e extensão do joelho esquerdo e na dorsiflexão da articulação do tornozelo esquerdo. Na Figura 1 é apresentada a avaliação da força muscular de acordo com mMRC do membro superior e inferior esquerdo ao longo das quatro sessões.

Figura 1 – Avaliação da força muscular nos segmentos e movimentos do membro superior e inferior esquerdo ao longo do programa de estimulação do Hemiespaço Afetado



Segmento	Movimento	Classificação por Sessão			
		Sessão 1	Sessão 4	Sessão 7	Sessão 11
A	Flexão				
	Extensão				
	Abdução	0/5	1/5	1/5	1/5
	Adução				
	Rotação interna				
	Rotação externa				
B	Flexão	0/5	1/5	1/5	1/5
	Extensão				
C	Supinação	0/5	1/5	1/5	1/5
	Pronação				
D	Flexão				
	Extensão	0/5	1/5	1/5	1/5
	Desvio radial				
	Desvio cubital				
E	Oponência				
	Flexão	0/5	1/5	1/5	1/5
	Extensão				
	Abdução				
F	Adução				
	Flexão	0/5	1/5	1/5	1/5
	Extensão				
	Abdução				
G	Adução				
	Flexão	2/5	2/5	3/5	3/5
	Extensão			3/5	3/5
	Abdução				3/5
	Adução	2/5	2/5	2/5	2/5
	Rotação interna				
H	Rotação externa				
	Flexão	2/5	2/5	3/5	3/5
	Extensão				
	Dorsiflexão			3/5	3/5
I	Flexão plantar	1/5	2/5	2/5	2/5
	Inversão				
	Eversão				
	Flexão	0/5	1/5	1/5	1/5
J	Extensão				
	Abdução				
	Adução				
	Adução				

Legenda: A – ombro esquerdo; B – cotovelo esquerdo; C – antebraço esquerdo; D – punho esquerdo; E – polegar esquerdo; F – dedos mão esquerda; G – articulação da anca esquerda; H – joelho esquerdo; I – articulação do tornozelo esquerdo; J – dedos do pé esquerdo. Classificação mMRC: 5/5 – força normal; 4⁺/5 – realiza movimento contra a gravidade e resistência moderada a máxima; 4/5 – realiza movimento contra a gravidade e resistência moderada; 4⁻/5 – realiza movimento contra a gravidade e resistência mínima; 3⁺/5 – realiza movimento contra a gravidade e resistência, mas cai abruptamente; 3/5 – o músculo move a articulação totalmente contra a gravidade; 3⁻/5 – move-se, mas não totalmente contra a gravidade; 2/5 – move-se, mas não contra a gravidade; 1/5 – o músculo contrai, mas sem movimento; 0/5 – o músculo não contrai, nem gera movimento

Deu-se ênfase à facilitação cruzada durante a execução das AVD, para a consciencialização do Hemiespaço Afetado na realidade da pessoa. Por exemplo, durante o autocuidado: comer, colocou-se a taça da sopa no seu campo de visão e, gradualmente, passou-se para o Hemiespaço Afetado. Quando a atenção da pessoa dispersava, reiniciava-se a atividade. Na última sessão, a pessoa manteve a atenção, o olhar e o movimento no Hemiespaço Afetado durante cerca de 30 segundos.

Entre a 7ª e a 8ª sessão, a Pessoa demonstrou capacidade para realizar a maioria das atividades terapêuticas com assistência de EEER, com melhoria concomitante da consciência do Hemiespaço Afetado. A partir da 10ª sessão, a Pessoa conseguiu realizar todas as atividades, mas realizava apenas correção postural na posição de sentado sem assistência de EEER. Na Tabela 3 apresenta-se a evolução da capacidade da Pessoa para realizar as atividades em cada sessão.

Tabela 3 – Evolução da capacidade da pessoa para realizar as atividades em cada sessão

Atividade	Sessão										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Jogo da árvore com argolas	×	×	✓	×	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Olhar para o Hemiespaço Afetado	×	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tocar no membro superior esquerdo	×	×	×	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tocar no membro inferior esquerdo	×	×	×	×	×	×	×	✓	✓	✓	✓
Automobilização do membro superior esquerdo	×	×	×	×	×	×	×	✓	✓	✓	✓
Rolamento para o lado são	×	×	×	×	×	×	✓	✓	✓	✓	✓
Rolamento para o lado afetado	×	×	×	×	×	×	✓	✓	✓	✓	✓
Oscilação pélvica	×	×	✓	✓	*	*	*	*	*	*	*
Ponte	*	*	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Exercícios isotónicos ativos (coluna cervical, membros inferiores)	×	×	×	✓	×	×	✓	✓	×	✓	✓
Correção postural	×	×	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Exercícios de coordenação de movimentos	×	×	×	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alternância de carga nos MS	×	×	×	×	×	×	×	✓	✓	✓	✓

Legenda: ✓ - Executa; × - Não executa; * - Não Testado

Na última sessão, realizou-se avaliação da funcionalidade para analisar os ganhos sensíveis às intervenções do EEER. Ocorreu uma evolução positiva de 20 pontos (de acordo com MIF), com distribuição equivalente no subtotal motor e no subtotal cognitivo. Apesar da evolução positiva, as classificações da primeira e da última avaliação enquadram-se na categoria dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa. Na Tabela 4 é apresentado a avaliação da funcionalidade de acordo com MIF na primeira e na última sessão.

Tabela 4 – Avaliação da funcionalidade com utilização da MIF

Itens	Classificação	
	Sessão 1	Sessão 11
Autocuidados		
Alimentação	1	4
Arranjar-se	1	3
Banho	1	3
Vestir metade superior	1	2
Vestir metade inferior	1	2
Utilização da sanita	1	1
Controlo dos esfíncteres		
Vesical	1	1
Intestinal	1	1
Mobilidade (transferências)		
Cama, cadeira, cadeira de rodas	1	3
Sanitário	1	1
Banheira, duche	1	1
Locomoção		
Marcha / cadeira de rodas	1	1
Escadas	Não avaliado	Não avaliado
Comunicação		
Compreensão auditiva	3	4
Compreensão visual	3	4
Expressão vocal	2	4
Expressão não vocal	2	4
Cognição social		
Interação social	4	4
Resolução de problemas	1	2
Memória	1	3
TOTAL	28 pontos	48 pontos

Legenda: 1 - assistência total; 2 - assistência máxima; 3 - assistência moderada; 4 - assistência mínima; 5 - supervisão; 6 - independência modifica; 7 - independência total

De acordo com o exposto, foi possível implementar e avaliar continuamente os resultados das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação definidas inicialmente em cada Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação. O plano de reabilitação transferiu-se para a Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e de Reabilitação porque não se considerou que os Diagnósticos estivessem resolvidos.

DISCUSSÃO

A reabilitação da pessoa com Negligência Hemiespacial foi especialmente difícil devido ao défice de perceção, atenção e mobilidade, comprovado em literatura recente sobre a temática⁽⁵⁾. Para colmatar esta dificuldade o programa de reabilitação foi instituído precoce e intensivamente, com foco na perceção, atenção e mobilidade.

Adotou-se as seguintes estratégias de estimulação do Hemiespaço Afetado: abordagem, interação, porta do quarto, colocação de mesa de apoio e objetos no lado esquerdo da pessoa, facilitação cruzada e confrontação num espelho. Estas estratégias estão de acordo com o proposto por Klinke et al.⁽¹²⁾ e foram posteriormente comprovadas em dois estudos^(2,5).

Optou-se por realizar a facilitação cruzada com treino focado nas AVD para melhorar a perceção do Hemiespaço Afetado com atividades úteis para a pessoa e, iniciadas no hemiespaço sã da pessoa, ultrapassando, gradualmente, a linha média com a pessoa a olhar para o Hemiespaço Afetado. Quando a pessoa revelou consciência do Hemiespaço Afetado, realizaram-se as atividades com início nesse lado. Existem dois estudos recentes com intervenções e resultados idênticos^(4,24).

Também se utilizou o jogo da árvore com argolas, para facilitar a diminuição da Negligência Hemiespacial, através de estimulação cognitiva, motora e visual além da linha média. A utilização da realidade virtual, videojogos e jogos tradicionais é útil para estimulação cognitiva, proprioceptiva e motora⁽¹²⁾.

A partir da segunda sessão, a pessoa foi estimulada a realizar automobilização do membro superior afetado, rolamentos, oscilações pélvicas e ponte, de forma a integrar o esquema corporal como um todo. A literatura é unânime em relação à utilidade destas atividades terapêuticas para treino da força muscular, treino do equilíbrio corporal, correção postural e integração do lado afetado no esquema corporal⁽²⁴⁾. Além disto, utilizaram-se estratégias de estimulação da sensibilidade tátil e proprioceptiva^(4,6), com eficácia na identificação do membro superior e inferior afetados, na 5ª e na 8ª sessões respetivamente, mas sem resposta da Pessoa à sensibilidade tátil.

Neste caso, verificou-se uma evolução da Negligência Hemiespacial de “severa” para “moderada”, com diferença de 11 pontos de acordo com a avaliação de CBS. Este dado revela ganhos em saúde mais rapidamente quando comparado com um estudo islandês, em que houve diferença de 6 pontos entre avaliações num período de 6 semanas⁽²⁵⁾.

A incapacidade da pessoa em focar-se nas atividades constituiu um obstáculo. Procurou-se ultrapassá-lo através de estimulação cognitiva, com contagem das repetições de cada exercício, indicações diretas, facilitação de objetos, dicas espaço-motoras, redução de estímulos externos, comunicação assertiva e reforço positivo para direcionar a atenção da pessoa. Existe vária literatura referência sobre Enfermagem de Reabilitação que valida a

utilização destas estratégias, assim como os seus resultados para recuperação da Negligência Hemiespacial^(4,5,9,24).

O tempo preconizado para as sessões de reabilitação após AVC é 30 minutos por dia⁽²⁾, que foi excedido em todas as sessões. Esta decisão foi tomada porque a pessoa apresentava Negligência Hemiespacial com necessidade de estimulação da atenção e motivação. Esta atitude terapêutica está validada noutros estudos^(6,9).

Neste período de intervenção, identificou-se uma recuperação reduzida da força muscular nos membros afetados, encontrando-se o mesmo achado noutros estudos^(5,6). Porém, evidencia-se maior recuperação da força muscular em alguns segmentos e movimentos do membro inferior afetado, o que coincide com os resultados de um outro estudo realizado recentemente em Portugal⁽²⁴⁾.

Foi essencial o fortalecimento muscular dos membros sãos para melhorar a aptidão para realização das AVD com estes membros, permitindo, assim, melhorar a função motora no lado afetado na realização das atividades terapêuticas com os membros superiores. A pessoa não conseguiu realizar em todas as sessões exercício muscular e articular isotónico ativo porque não compreendia a atividade, mas tolerou na modalidade ativo-assistida, constituindo uma mais-valia para maximização da funcionalidade. Estes resultados também estão patentes no estudo de Coutinho⁽²⁴⁾.

O equilíbrio corporal foi outro foco de intervenção. Realizou-se treino de equilíbrio corporal, com preferência pela realização das atividades em frente ao espelho. Aplicou-se resistência manual para gerar movimento de compensação postural, realizou-se correção postural e, quando a pessoa apresentou consciência do Hemiespaço Afetado, efetuou-se ensino e estimulação da correção postural, conseguindo-se a adoção de uma postura correta. As atividades terapêuticas instituídas para o treino do equilíbrio foram insuficientes quando comparado com outros estudos^(4,19).

Realizou-se *brainstorming* de sessão para sessão para ativação da memória recente, assim como incentivo a falar pausadamente, com frases curtas e a expressar-se para melhorar a interação social e maximizar a comunicação. A estimulação da comunicação permitiu o conhecimento direto do pensamento, das emoções e da vontade da Pessoa, com adaptação constante do Plano de Cuidados às suas necessidades reais, atitude preconizada pela Ordem dos Enfermeiros⁽⁸⁾.

A pessoa passou por diversas transições, nomeadamente, saúde-doença e estado de dependência, pelo que se facilitou a atribuição de sentido a estas transições. A intervenção do EEER teve maior incidência no ensinar, em garantir as condições ambientais e na disponibilização de apoio físico e psicológico no autocuidado. Houve evolução de um estado de funcionalidade de dependência total para realização de algumas pequenas tarefas com orientação e/ou facilitação. O método de assistência alterou-se progressivamente de substituição para orientação. Estas modalidades de assistência foram verificadas em dois estudos recentes^(21,22).

A consciencialização do Hemiespaço Afetado permitiu capacitar a pessoa para a realização das atividades terapêuticas com ganhos a nível da força muscular e do equilíbrio corporal, assim como capacitar e maximizar o potencial da pessoa para a realização das AVD. Existem diferentes estudos que referem que a pessoa se torna mais independente na realização das

AVD quando há intervenção precoce e intensiva do EEER ao nível da estimulação cognitiva e sensitiva, assim como do treino motor^(2,4,24), o que se pode verificar através da evolução no estado de dependência da pessoa nas avaliações realizadas com a MIF.

A compreensão do papel do EEER facilitou a implementação do programa de estimulação do Hemiespaço Afetado. O planeamento das sessões foi realizado em articulação com a Fisioterapeuta para evitar a fadiga da Pessoa, a redundância e a intervenção em simultâneo. A intervenção de Terapeuta da Fala também foi fulcral, pois ao longo das sessões a pessoa foi melhorando a eficácia da comunicação, facilitando a execução do programa de estimulação do Hemiespaço Afetado.

Os resultados obtidos estão relacionados com a abordagem interdisciplinar e comunicação específicas do EEER, com desenvolvimento de relação de parceria com a pessoa⁽⁸⁾. Procurou-se em todos os momentos respeitar a vontade da pessoa e identificar as suas necessidades com estabelecimento de limites para a intervenção do EEER, com constante agradecimento da pessoa pela assistência, ensino e estimulação efetuados.

Identificaram-se algumas dificuldades na realização deste estudo de caso. A volatilidade da vontade da pessoa para realizar as atividades propostas e a sua capacidade cognitiva para compreender essas atividades impossibilitaram a realização de uma avaliação neurológica completa, a utilização de um questionário de qualidade de vida e a instituição de atividades terapêuticas mais complexas. Também impediu a avaliação completa da Negligência Hemiespacial através da CBS e a realização da autoavaliação, que já tinha sido verificado noutro estudo que a CBS não é o melhor instrumento de avaliação da Negligência Hemiespacial na fase aguda⁽¹⁸⁾. Considerou-se ainda: a impossibilidade de realizar as sessões de acordo com a periodicidade definida devido a diversos constrangimentos externos (por exemplo, marcações de tratamentos e exames fora do serviço); e, a duração e a intervenção em cada uma das sessões ser diferente, em função da volição e autodeterminação da pessoa manifestada no momento da sua execução.

CONCLUSÃO

Este estudo de caso destaca a importância da Enfermagem de Reabilitação na consciencialização do Hemiespaço Afetado na pessoa com Negligência Hemiespacial após AVC. Destaca-se sobretudo a diminuição da Negligência Hemiespacial após o término do programa de estimulação do Hemiespaço Afetado. Depreende-se que o programa de estimulação do Hemiespaço Afetado foi adequado para a pessoa, com implementação de plano de cuidados sistemático e dinâmico.

Identificaram-se alguns fatores que influenciam a consciencialização do Hemiespaço Afetado, destacando-se, negativamente, a gravidade do AVC, o défice de atenção e de perceção, a diminuição da força muscular e a instabilidade no equilíbrio corporal. Como fatores positivos referimos a estimulação cognitiva, a facilitação cruzada e o respeito pela vontade e tolerância da pessoa. Por outro lado, a consciencialização do Hemiespaço Afetado permitiu melhorar a força muscular nos membros afetados, melhorar o equilíbrio corporal, capacitar a pessoa para a realização das atividades terapêuticas e maximizar a participação da pessoa nas AVD.

As atividades terapêuticas utilizadas na pessoa com Negligência Hemiespacial foram realizadas com maior foco na abordagem pelo lado afetado. A facilitação cruzada é uma atividade terapêutica de excelência que pode ser fundida com outras atividades terapêuticas e com as AVD.

A consciencialização do Hemiespaço Afetado permitiu melhorar a funcionalidade, na medida em que há ganhos a nível sensitivo e motor. A estimulação cognitiva facilitou a propriocepção do hemicorpo afetado e melhorou a disposição cognitiva para realizar as atividades terapêuticas, permitindo de uma forma global uma melhoria da função motora e da realização das AVD.

Este estudo de caso representa uma abordagem importante para a investigação no âmbito da prática clínica, mas apresenta algumas limitações, nomeadamente:

- A envolvimento de apenas uma pessoa, que limita a capacidade para detetar padrões ou efeitos que podem ser evidentes numa amostra maior, impossibilita a generalização dos resultados para uma população mais ampla e torna difícil a replicação destes resultados
- O período temporal limitado, que pode não ser suficiente para capturar completamente a evolução da Negligência Hemiespacial;
- A existência de poucos estudos de investigação na área de Enfermagem de Reabilitação que corroborem a importância dos exercícios para consciencialização do Hemiespaço Afetado, prescritos por EEER, na recuperação da propriocepção do hemicorpo afetado.

A evolução observada neste estudo de caso é um indicador evidente do trabalho realizado pelo EEER e demonstra a sua efetividade na prescrição de exercícios que melhorem a consciencialização do Hemiespaço Afetado. Sugere-se, em estudos posteriores, a realização de sessões mais regulares (diárias, se for possível) e continuadas no tempo (em ambulatório), de modo a contribuir para um ganho efetivo e propriocepção do hemicorpo afetado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC) - Manual digital para jornalistas. Lisboa: Raiox; 2016.
2. Bernhardt J, Godecke E, Johnson L, Langhorne P. Early rehabilitation after stroke. *Curr Opin Neurol* [Internet]. 2017;30(1):48–54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29116473/>
3. Vasconcelos L, Caria I, Jesus P, Pinto E. Perfil dos indivíduos com alterações funcionais características de heminegligência após AVC. *Rev Pesqui em Fisioter* [Internet]. 2017;7(2):244–54. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1333>
4. Grilo J. Melhoria da eficácia das intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado nos doentes com AVC [Internet]. Universidade de Évora; 2018. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23268>
5. Kerkhoff G, Rode G, Clarke S. Treating Neurovisual Deficits and Spatial Neglect. In: *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation - Evidence-based Clinical Practice Recommendations*. Springer; 2021. p. 191–217.
6. Cid-Guede E, González-González Y, Cuña-Carrera I. Tratamiento fisioterapéutico secundaria a un accidente cerebrovascular. *Arch Neurociencias* [Internet]. 2018;23(2):42–60. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82108>

7. Vale L, Sobrinho O, Santos J, Junior H, Serra J, Barbosa M, et al. Aspectos anatomo-clínicos da Síndrome da Negligência: Uma revisão de Literatura. *Revinter*. 2017;10(3):116–33.
8. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº392/2019. Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação [Internet]. Portugal: Diário da República, 2ª Série; 2019 p. 13565–8.
9. Hoeman S. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª. Rio de Mouro: Lusodidacta; 2011.
10. Ordem dos Enfermeiros. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [Internet]. Porto; 2015.
11. Li K, Malhotra P. Spatial neglect. *Pract Neurol* [Internet]. 2015;15(5):1–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26023203/>
12. Klinke M, Hafsteinsdóttir T, Jónsdóttir H. Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: A systematic literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015;52(8):1375–403. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25920700/>
13. Andrade S, Ruoff A, Piccoli T, Schmitt M, Ferreira A, Xavier A. O Estudo de Caso como método de pesquisa em Enfermagem: uma Revisão Integrativa. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2017;26(4):1–12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8fLRLYFMZLVwT3BxBHCJRSs/?format=pdf&lang=pt>
14. Riley D, Barber M, Kienle G, Aronson J, Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2017;89:218–35. Disponível em: <https://www.jclinepi.com/action/showPdf?pii=S0895-4356%2817%2930037-9>
15. Ordem dos Enfermeiros. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. 2016. 1–67 p.
16. Varanda E, Rodrigues C, Costa A. Avaliação e Estimulação do doente com alterações do estado de Consciência [Internet]. Almada; 2015. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf
17. Azouvi P, Olivier S, Montety G, Samuel C, Louis-Dreyfus A, Tesio L. Behavioral Assessment of Unilateral Neglect: Study of the Psychometric Properties of the Catherine Bergego Scale. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2003;84:51–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12589620/>
18. Maximiano S. Contributo para a Validação da Escala Catherine Bergego em Portugal – Fiabilidade Intra e Inter observador [Internet]. Universidade de Évora; 2022. Disponível em: https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32643/1/Mestrado-Enfermagem_de_Reabilitacao-Sonia_Cristina_Lopes_Maximiano.pdf
19. Rocha I, Bravo M, Sousa L, Mesquita A, Pestana H. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no ganho de Equilíbrio Postural na Pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. *Rev Port Enferm Rehabil* [Internet]. 2020;3(1):5–17. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/91>
20. Riberto M. Orientação Funcional para utilização da MIF [Internet]. Disponível em: <https://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/manual-mif.pdf>
21. Sousa L, Martins M, Novo A. A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* [Internet]. 2020;3(1):64–9. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132?articlesBySameAuthorPage=1>
22. Santos B, Ramos A, Fonseca C. Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *J Aging Innov* [Internet]. 2017;6(1):51–4. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-formação.pdf>
23. Tábuas-pereira M, Freitas S, Beato-coelho J, Ribeiro J, Parra J, Martins C, et al. Aphasia Rapid Test: Estudos de Tradução, Adaptação e Validação para a População Portuguesa. *Acta Med Port* [Internet]. 2018;31(5):265–71. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9090>

24. Coutinho S. Treino de Atividades de Vida Diária e Ganhos Funcionais nos Doentes com Acidente Vascular Cerebral [Internet]. Instituto Politécnico de Setúbal; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/5040>
25. Klinken M, Hjaltason H, Tryggvadóttir G, Jónsdóttir H. Hemispatial neglect following right hemisphere stroke: clinical course and sensitivity of diagnostic tasks. Top Stroke Rehabil [Internet]. 2018;25(2):120–30. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10749357.2017.1394632?journalCode=ytsr20>

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: FT;

Metodologia: FT, MS;

Validação: MS, HP;

Análise formal: FT; HP;

Investigação: FT;

Tratamento de dados: FT;

Preparação do rascunho original: FT;

Redação e edição: FT;

Revisão: FT, MS, CM, HP.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Obteve-se parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Declaração de consentimento informado:

Obteve-se consentimento informado do Prestador de Cuidados da Pessoa Alvo de Cuidados.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.