



Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional  
Portuguese Journal of Occupational Therapy

Marca INPI: Nº668549

ISSN: 2975-8181



Número: 2

Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional  
Portuguese Journal of Occupational Therapy  
✉ rpto@ipleiria.pt

DOI: <https://doi.org/10.25766/y pb6-z214>

Data de publicação: Jun 2026



POLITÉCNICO  
DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

## Avaliação e Intervenção nas Perturbações do Estado de Consciência em Portugal

**Ana Beatriz Soares**

Escola Superior de Saúde de Leiria, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-5568-1160>  
 ✉ [anabeatrizpimenta37@gmail.com](mailto:anabeatrizpimenta37@gmail.com)

**Ana Catarina Gaspar**

Escola Superior de Saúde de Leiria, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-1433-2626>  
 ✉ [anacpgaspar@gmail.com](mailto:anacpgaspar@gmail.com)

**Andreia Dias da Silva**

Escola Superior de Saúde de Leiria, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-0103-4320>  
 ✉ [andeia.s.dias@gmail.com](mailto:andeia.s.dias@gmail.com)

**Liliana da Conceição Teixeira**

Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-9408-859X>  
 ✉ [liliana.teixeira@ess.ipp.pt](mailto:liliana.teixeira@ess.ipp.pt)

### Resumo:

**Introdução:** As perturbações de estado de consciência podem ser classificadas como coma, estado vegetativo ou estado de consciência mínima. Determinar o diagnóstico correto é de extrema importância de modo a definir o tipo de tratamento mais adequado à situação de cada cliente, bem como melhorar a gestão do caso e respetiva referência para a unidade de cuidados mais indicada; **Objetivos:** Compreender quais os métodos de avaliação e de intervenção utilizados pelos profissionais de saúde em casos de indivíduos em estado vegetativo e estado de consciência mínima, na população portuguesa; **Métodos:** O presente estudo é observacional descritivo com uma metodologia quantitativa. A seleção da amostra foi intencional, correspondendo a profissionais de saúde das áreas de Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia, Fisioterapia, Medicina e Enfermagem que trabalham ou tenham trabalhado com indivíduos com este quadro patológico. O instrumento utilizado foi um questionário desenvolvido pelas autoras; **Resultados:** Foram eleitos 47 participantes. Ao nível da avaliação, verificou-se que a *Glasgow Outcome Scale* é/foi a mais utilizada por 66.0% dos participantes. Constatou-se que 25.5% dos participantes não recorrem a métodos de avaliação. Quanto ao tratamento, os posicionamentos, o tratamento farmacológico e as mobilizações corresponderam aos tipos de tratamento mais mencionados; **Conclusões:** A avaliação realizada pelos profissionais de saúde em Portugal não está de acordo com as *guidelines* internacionais, evidenciando-se a necessidade de tradução e validação de instrumentos. Ao nível do tratamento, verificou-se que apesar do esforço por parte dos profissionais, este fica aquém do que está descrito nas *guidelines* internacionais e devia ser melhorado.

**Palavras-chave:** avaliação; estado de consciência mínima; estado vegetativo; perturbações do estado de consciência; tratamento.

**Abstract:**

**Introduction:** The disorders of consciousness can be classified as coma, vegetative state or minimally conscious state. It is extremely important to have the correct diagnosis in order to use the right treatment with each patient as well as to improve case management and respective referral to the most suitable care unit; **Goals:** To have a better understanding about which methods of assessment and intervention are used by healthcare professionals in cases of individuals in a vegetative state and minimally conscious state within the Portuguese population; **Methods:** The present study is observational descriptive, using a quantitative methodology. The sample selection was intentional, corresponding to healthcare professionals from the areas of Occupational Therapy, Speech Therapy, Psychology, Physiotherapy, Medicine and Nursing who work or have worked with individuals with this pathological condition. The instrument used was a questionnaire developed by the authors; **Results:** 47 participants were elected. At the assessment level, it was found that the Glasgow Outcome Scale is/was used by 66.0% of the participants. 25.5% of participants reported that they do not use assessment methods. As for treatment, positioning, pharmacological treatment and mobilizations are the most mentioned types of treatment; **Conclusions:** The assessment carried out by healthcare professionals in Portugal is not in line with the international guidelines, highlighting the need for translation and validation of assessment instruments. It was found that despite all the health care professionals' efforts, it is still a little short of what is described in international guidelines, in terms of treatment, and it should be improved.

**Keywords:** Consciousness Disorders; Minimally Conscious State; Needs Assessment; Persistent Vegetative State; Treatment Outcome.

## 1. Introdução

A imaginação aliada aos automatismos do sistema nervoso autónomo e da parte inconsciente da mente são fatores fundamentais para o estado de consciência. Este estado corresponde à capacidade de estar ciente de si e do ambiente que o rodeia, bem como à interação entre ambos. Estar consciente é, então, diferente de estar num estado de vigília ou de alerta, sendo que um indivíduo pode estar com os olhos abertos, mas não estar consciente de si mesmo e do que o rodeia [1].

O estado de consciência pode sofrer alterações devido a qualquer tipo de lesão cerebral, traumática ou não traumática, a estados avançados de demência ou outras doenças neurodegenerativas [2].

As perturbações de estado de consciência (PEC) podem ser classificadas como coma, estado vegetativo (EV) ou estado de consciência mínima (ECM) [2]. Estes podem ser diferenciados consoante o nível de consciência que a pessoa apresenta, sendo que o coma é definido como um estado de falta de resposta a estímulos dolorosos, luminosos ou sonoros, durante mais do que seis horas, não iniciando ações voluntárias [2]. O EV é caracterizado pela evidência de estados de sono-vigília, apesar de não haver resposta voluntária a estímulos sensoriais e cognitivos [2]. Esta perturbação de consciência considera-se permanente quando o indivíduo permanece nesse estado durante mais do que três meses, caso derive de uma lesão não traumática, ou 12 meses, se a causa for uma lesão cerebral traumática [3]. O ECM caracteriza-se pela existência de pelo menos um sinal de consciência comportamental bem definido, no qual os utentes demonstram evidências de movimentos não originados por reflexos [4]. Deste modo indicará que mantém alguma capacidade de processamento cognitivo [4]. Em alguns indivíduos, o quadro clínico altera-se entre os diferentes estados de consciência atingindo, por vezes, o estado total de consciência, apesar de noutros casos permanecerem em EV ou em ECM até ao final da sua vida [5].

### 1.1 Avaliação nas Perturbações do Estado de Consciência

Após revisão de literatura, verificou-se que, para se realizar um correto diagnóstico, é necessário recorrer a várias escalas/testes padronizadas. No caso do Reino Unido, os instrumentos mais utilizados são: *JFK Coma Recovery Scale - Revised*, *Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique* e *Wessex Head Injury Matrix* [2]. Estes recorrem à observação de certos movimentos e comportamentos da pessoa com PEC através da aplicação de um estímulo sensorial por parte do profissional (por exemplo, solicitar à pessoa para seguir uma fotografia ou outro objeto de uso comum com os olhos) [2,6]. As respostas observadas, bem como a sua consistência, permitem auxiliar na diferenciação entre o EV e o ECM, estados tão caracterizados por diagnósticos errados [7]. Caso não ocorra resposta por parte da pessoa não significa que a mesma se encontra num estado de inconsciência, uma vez que poderá estar consciente, mas apresentar défices sensoriais, motores ou cognitivos que não a permita realizar a resposta esperada [8].

Para auxiliar a realização do diagnóstico e de forma que este seja o mais preciso possível, poderá ser necessário recorrer a meios complementares de diagnóstico, como, por exemplo, Tomografia por Emissão de

Positrões com Flúor-18 e Eletroencefalografia, de modo a auxiliar a determinação do estado de consciência do indivíduo [6]. Também se evidenciou a utilização da Ressonância Magnética de forma a criar uma ponte entre os comportamentos observados e a avaliação clínica do nível residual da função cognitiva, uma vez que através da mesma não é possível obter resposta em casos severos de comprometimento de consciência [9].

Vários estudos têm reportado taxas de diagnósticos errados nesta população, acima dos 40% [7,10]. Determinar o diagnóstico correto é de extrema importância de modo a definir o tipo de tratamento mais adequado à situação de cada pessoa, bem como melhorar a gestão do caso e respetiva referência para a unidade de cuidados mais indicada [2]. Também é importante para realizar um correto aconselhamento à família e informar a mesma relativamente ao possível prognóstico e plano de tratamento a realizar [11].

## 1.2 Tratamento nas Perturbações do Estado de Consciência

Após a realização do diagnóstico, inicia-se o processo de reabilitação realizado por uma equipa multidisciplinar que pode ser constituída por: neurologistas, fisiatras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros profissionais essenciais à intervenção [11]. O tratamento fornecido pode ser farmacológico ou não farmacológico. Relativamente ao tratamento farmacológico, existem dois fármacos que se destacam na literatura, sendo estes, o *Zolpidem* e o *Amantadine Hydrochloride*. O *Zolpidem* aumenta a resposta comportamental do indivíduo com PEC e o *Amantadine Hydrochloride* é o único medicamento que melhora o processo de recuperação, principalmente, em indivíduos com perturbações de consciência pós-traumáticas [8].

Ao nível do tratamento não farmacológico, existem várias estratégias de reabilitação física que permitem prevenir ou recuperar complicações neuromusculares, como, por exemplo, espasticidade, contraturas e ossificação heterotópica, que possam surgir após uma lesão cerebral grave [8]. A confeção de talas e a colocação de talas de gesso amovíveis, os protocolos de posicionamento, os alongamentos e mobilizações passivas para aumentar/manter a amplitude de movimento são algumas das estratégias utilizadas pelos profissionais de reabilitação [8,12]. Como parte integrante do processo de recuperação destes indivíduos, a estimulação sensorial é um dos métodos utilizados em indivíduos em ECM e EV, sendo que a exposição ao estímulo aumenta ou diminui consoante a capacidade de resposta que a pessoa apresenta relativamente ao mesmo [8,13]. A pessoa, ao ser exposta a estímulos, sofrerá uma alteração dos seus limiares sensoriais, aumentando a eficiência do processamento de informação [8,13].

Vários estudos verificaram que indivíduos em ECM têm a capacidade de sentir dor e que indivíduos em EV apresentam uma reduzida probabilidade de perceção consciente de estímulos dolorosos, o que poderá ser verificado recorrendo a Ressonâncias Magnéticas [9,14]. Devido a complicações associadas à PEC (por exemplo, espasticidade e úlceras de pressão) e aquando da realização de algumas técnicas referidas anteriormente, torna-se fundamental aliviar possíveis fontes de dor através de tratamento analgésico [12,14]. É de salientar que os profissionais de saúde responsáveis pela intervenção deverão sempre considerar que um indivíduo em ECM ou EV poderá sentir dor e, deste modo, ter atenção à aplicação de técnicas [12].

No caso da Alemanha, a *Federal Association for Rehabilitation* estabeleceu um protocolo para a reabilitação neurológica, referindo que os cuidados de enfermagem devem ser alternados com a atuação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala [3]. Salienta que devem ser implementados, para além dos tratamentos focados nos indivíduos com PEC, medidas de apoio à família e de adaptação do ambiente [3]. A participação social dos utentes também é de extrema relevância [3].

Após realizada a revisão da literatura, verificou-se que não existem estudos que indiquem a atuação dos profissionais de saúde na reabilitação de indivíduos com o quadro patológico suprarreferido, em Portugal. Assim, tornou-se relevante realizar uma investigação aprofundada para a população portuguesa, de modo a responder às questões de investigação: “Quais são os instrumentos/métodos de avaliação utilizados pelos profissionais de saúde em indivíduos com PEC?” e “Quais são os tipos de tratamento que os profissionais de saúde utilizam em casos de PEC?”. Para efeitos deste estudo, apenas serão consideradas, como PEC, o EV e o ECM.

## 2. Material e Métodos

O presente estudo é observacional descritivo com uma metodologia quantitativa e tem como objetivo compreender quais os métodos de avaliação e de tratamento utilizados pelos profissionais de saúde, em Portugal, em casos de indivíduos com PEC.

### 2.1 População e Amostra

A seleção da amostra foi realizada de forma intencional, definindo-se como critérios de inclusão: profissionais de saúde das áreas de Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia, Fisioterapia, Medicina e Enfermagem que trabalham ou tenham trabalhado com indivíduos com PEC, nomeadamente, com EV e/ou ECM. Caso algum profissional de saúde inicie o preenchimento do questionário, mas não trabalhe ou não tenha trabalhado com indivíduos com este quadro patológico, o mesmo será excluído do estudo em questão (critério de exclusão).

### 2.2 Instrumentos de Avaliação

O instrumento utilizado foi um questionário desenvolvido pelas autoras do artigo, intitulado por “Avaliação e Intervenção nas Perturbações do Estado de Consciência em Portugal”. Este permitiu obter informações relacionadas com os profissionais que participam no processo de reabilitação/manutenção de indivíduos com este quadro patológico, bem como os métodos de avaliação e tipos de tratamento utilizados pelos mesmos. O questionário foi enviado a ordens/associações dos profissionais que intervêm com esta população (médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas e psicólogos) e a instituições pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

O questionário está dividido em cinco partes. Na primeira e segunda parte é feita a recolha da informação profissional acerca do participante na área de PEC. Na terceira parte é questionado o número de utentes em EV e ECM na instituição/serviço, quais as causas que levaram à PEC e se existe equipa multidisciplinar. Na parte quatro pretende-se obter informação relativamente aos profissionais de saúde que constituem a equipa e na quinta parte pretende-se averiguar quais os métodos/instrumentos de avaliação utilizados pelos participantes, bem como o tipo de intervenção realizada. No final do questionário estão presentes duas questões de resposta aberta (opcionais), onde os participantes poderiam acrescentar informação que considerassem pertinente face ao tema em questão, bem como deixar o seu endereço de e-mail para, mais tarde, serem informados dos resultados do estudo. Ao longo das primeiras cinco partes do questionário, estão presentes 11 questões de escolha múltipla, podendo o profissional de saúde, em alguns casos, escolher mais do que uma opção, e três questões de resposta aberta. O preenchimento de todo o questionário teve uma duração de aproximadamente oito minutos.

### 2.3 Procedimentos Formais e Éticos

Os procedimentos formais e éticos foram garantidos no decorrer de todo o processo de investigação. Cada participante, ao preencher o questionário, consentiu a sua participação no estudo, sendo que as suas respostas foram tratadas confidencialmente e o seu preenchimento foi anónimo. Foi obtido parecer positivo da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria (CE/IPLEIRIA/24/2020, de 29 de julho).

### 2.4 Tratamento de Dados

Recorreu-se à utilização do *IBM SPSS Statistics 26* para analisar os dados recolhidos com o questionário acima descrito. Esta análise foi realizada através de estatística descritiva.

### 3. Resultados e Discussão

#### 3.1 Caracterização da amostra

Num total de 129 respostas ao questionário, apenas foram eleitos de acordo com os critérios de inclusão 47 participantes. Os profissionais de saúde que mais participaram no estudo foram terapeutas ocupacionais (25.5%), psicólogos (23.4%) e enfermeiros (23.4%) contrastando com terapeutas da fala (12.8%), fisioterapeutas (8.5%) e médicos (6.4%). Os participantes exerceram, maioritariamente, no último ano em PEC (95,7%), sendo que 46.8% apresentam entre zero até cinco anos de experiência, 29.8% de cinco até 10 anos, 10.6% de 10 até 15 anos, 2.1% de 15 até 20 anos e 10.6% mais de 20 anos de experiência. De acordo com o número da amostra, Norte (29.8%), Lisboa e Vale do Tejo (29.8%) e Centro (27.7%) foram as regiões mais referidas pelos participantes, nas quais exerceram junto do quadro patológico em questão. Relativamente às restantes regiões, Alentejo e Algarve foram referidas por 12.7% da amostra, sendo importante salientar que não se obteve respostas de algum profissional ter exercido nos arquipélagos dos Açores e da Madeira.

Quanto à questão “Aproximadamente, quantos utentes se encontram/encontravam no serviço/instituição” observou-se que o número mínimo de utentes em EV referido pelos participantes foi de zero e o número máximo foi 40. Relativamente ao número de utentes em ECM, o mínimo obtido foi um e o máximo foi 200, salientando-se um maior contacto dos participantes com indivíduos com este quadro clínico.

Relativamente às causas de PEC em utentes presentes no serviço, 38 dos participantes referiram “não traumática” (80.9%), 30 referenciaram “doença neurodegenerativa” (63.8%) e 15 mencionaram “traumática” (31.9%).

De uma forma geral, mais de 80% dos inquiridos selecionaram todas as opções de profissionais constituintes da equipa, nomeadamente, médico(a), fisioterapeuta, enfermeiro(a), assistente social, psicólogo(a), auxiliar de ação médica, nutricionista, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional. Salienta-se que, no universo da amostra, os elementos que mais atuam nas PEC são os médicos, os fisioterapeutas, os enfermeiros e os psicólogos, cada um referido por 97.9% dos participantes. Aproximadamente 2.1% dos participantes escolheram a opção “outro” correspondendo ao(à) diretor(a) técnico(a).

Analisando os resultados do estudo, verificamos que em Portugal as equipas multidisciplinares que atuam nas PEC são compostas maioritariamente pelos profissionais referidos na literatura internacional [10]. Contudo ainda se evidencia uma percentagem significativa de inquiridos (20%) cuja equipa não apresenta terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, profissionais estes fundamentais para a intervenção nas PEC.

#### 3.2 Métodos de Avaliação utilizados nas PEC

Verificou-se que a *Glasgow Outcome Scale* é/foi utilizada por 66.0% dos participantes, a *Neurobehavioural Rating Scale* obteve uma percentagem de utilização de 8.5%, a *Rancho Los Amigos Scale* e a *Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique* foram referidas por 4.3% dos inquiridos. Salienta-se que 25.5% dos participantes referiram que não recorrem a métodos de avaliação e 6.4% recorrem a outra metodologia de avaliação, nomeadamente, o *Mini Mental State Examination*. A *JFK Coma Recovery Scale - Revised* e *Wessex Head Injury Matrix* não foram referidas por nenhum dos 47 inquiridos.

A tabela 1 resume os dados relativos aos métodos de avaliação utilizados por cada área profissional.

**Tabela 1.** Resultados do cruzamento de dados relacionados com a profissão e a avaliação.

AVALIAÇÃO	PROFISSÃO					
	Terapia ocupacional	Fisioterapia	Terapeuta da fala	Psicologia	Enfermagem	Medicina
<i>Glasgow Outcome Scale</i>	6	3	5	4	10	3
<i>Rancho Los Amigos Scale</i>	0	0	2	0	0	0
<i>Neurobehavioural Rating Scale</i>	0	0	0	2	0	2
<i>Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique</i>	0	0	0	0	1	1
<i>Wessex Head Injury Matrix</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Jfk Coma Recovery Scale - Revised</i>	0	0	0	0	0	0
Nenhuma	6	1	1	3	1	0
Outra	0	0	0	3	0	0

**Fonte:** tabela realizada pelas autoras do artigo, baseando-se nos dados analisados no *IBM SPSS Statistics 26*.

Apesar do instrumento mais utilizado pelos participantes ser a *Glasgow Outcome Scale*, segundo Pundole, Varley e Beeke (2020), a *Wessex Head Injury Matrix*, a *JFK Coma Recovery Scale - Revised* e a *Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique* são as mais recomendadas na avaliação da consciência, no Reino Unido [15]. Uma vez que é necessária uma formação certificada internacionalmente para utilizar a *Sensory Modality Assessment and Rehabilitation Technique* na avaliação de indivíduos com PEC, este aspeto poderá justificar a reduzida utilização deste instrumento de avaliação.

Como é possível verificar na tabela 1, três profissionais referiram que utilizam o *Mini Mental State Examination*. Sendo este um instrumento que permite quantificar o funcionamento cognitivo, apresentando na sua constituição itens que avaliam a orientação temporal e espacial, a memória a curto prazo (retenção e posterior evocação), a atenção e cálculo, a linguagem (nomeação de objetos, repetição de uma frase, compreensão de ordens e escrita) e capacidade visuoespacial, conclui-se, assim, que indivíduos com PEC não têm capacidade para responder à escala em questão [16].

### 3.3 Tipos de Tratamento realizados nas PEC

Quanto à questão “Que tipo de intervenção recebiam estes utentes?” foi realizada uma análise descritiva dos tratamentos realizados pelas equipas multidisciplinares cuja informação está presente na tabela 2. Salienta-se que os posicionamentos, o tratamento farmacológico e as mobilizações corresponderam aos tipos de tratamento mais mencionados, nomeadamente, por 97.9%, 95.7% e 89.4% dos participantes, respetivamente.

**Tabela 2.** Resultados dos tipos de tratamentos realizados pelas equipas referidas pelos participantes, por ordem decrescente de menção.

Tipo de tratamento	Número de participantes que o mencionou	Percentagem (%) de participantes que o mencionou
Posicionamentos	46	97.9%
Farmacológico	45	95.7%
Mobilizações	42	89.4%
Estimulação Sensorial	35	74.5%
Talas	13	27.7%

**Fonte:** tabela realizada pelas autoras do artigo, baseando-se nos dados analisados no *IBM SPSS Statistics 26*.

Os tratamentos utilizados pelos participantes são os referidos na literatura, contudo a estimulação sensorial deveria ocupar uma maior percentagem, uma vez que, apesar de não ser suficiente para recuperar a consciência, no caso de indivíduos com ECM poderá melhorar a sua resposta comportamental [13]. Relativamente à utilização de talas, o reduzido número de respostas poderá ser justificado pela falta de recursos por parte das instituições no fornecimento deste tratamento, contudo verifica-se a sua importância na prevenção de contraturas e lesões cutâneas [8]. Após um estudo realizado na Bélgica, verificou-se que a prevalência de espasticidade em pessoas com este quadro patológico varia de 59% a 89%, tornando-se fundamental a realização deste tipo de tratamento nesta população [17]. Uma vez que os terapeutas ocupacionais são profissionais habilitados para a confecção de talas, e não sendo referidos em todas as equipas dos inquiridos, tal poderá corroborar a baixa percentagem de utilização das mesmas nos indivíduos com PEC. Sendo as equipas mencionadas constituídas maioritariamente por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas e devido à sua atuação enquanto profissionais de saúde, é esperada a percentagem dos três tratamentos mais utilizados, nomeadamente, posicionamentos, tratamento farmacológico e mobilizações. Assim, será essencial a melhoria dos métodos de tratamento utilizados pelos profissionais de saúde em Portugal, uma vez que os mesmos ficam aquém das *guidelines* internacionais.

Posteriormente à análise dos dados, evidenciou-se que o estudo em questão apresentou algumas limitações, nomeadamente, um número baixo de respostas ao questionário, uma discrepância de participações entre as diferentes áreas profissionais e a presença de questões pouco explícitas, provocando interpretações diferentes. Para tal, seria essencial obter uma maior quantidade de respostas por parte de todas as profissões da área da saúde, bem como realizar uma reformulação em algumas questões do questionário.

## 4. Conclusão

Os resultados permitiram obter informação fundamental relacionada com a atuação dos profissionais de saúde nas PEC, indicando que, relativamente à avaliação, os profissionais de saúde portugueses não recorrem às metodologias de avaliação das *guidelines* internacionais. Para tal, seria importante que os profissionais recorressem a métodos/instrumentos de avaliação adequados à população portuguesa, sendo fundamental validar e traduzir instrumentos já existentes e utilizados noutros países e/ou elaborar novos.

Relativamente às equipas multidisciplinares que atuam nas PEC, em Portugal, evidenciou-se uma menor percentagem de terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, tornando-se essencial uma maior inserção destes profissionais nas equipas, de forma a proporcionar os cuidados que as pessoas realmente necessitam. Ao nível do tratamento, verificou-se que, maioritariamente, se recorre aos métodos referidos nas *guidelines*, apesar de poder ser melhorado.

## 5. Considerações Finais

As autoras agradecem o envolvimento e cooperação das ordens/associações profissionais, bem como às instituições integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na divulgação do questionário e, conseqüentemente, na obtenção de resultados para o presente estudo.

## 6. Referências

1. Bonsignore, L., Macri, S., Orsi, P., Chiarotti, F., & Alleva, E. Coma and vegetative states: state of the art and proposal of a novel approach combining existing coma scales. *Ann Ist Super Sanità*. 2014; 50(3):241–248. doi: 10.4415/ANN\_14\_03\_07
2. Wilson, B. A., Dhamapurkar, S., & Rose, A. Assessment and Treatment of People With a Disorder of Consciousness: An Account of Some Recent Studies. *Psychology & Neuroscience*. 2016; 9:221–229. doi: 10.1037/pne0000053
3. Klingshirn, H., Grill, E., Bender, A., Strobl, R., Mittrach, R., Braitmayer, K., et al. Quality of evidence of rehabilitation interventions in long-term care for people with severe disorders of consciousness after brain injury: a systematic review. *J Rehabil Med*. 2015; 47:577–585. doi: 10.2340/16501977-1983
4. Royal College of Physicians. Prolonged disorders of consciousness following sudden onset brain injury: National clinical guidelines. London: RCP, 2020.

5. Latchem, J., Kitzinger, J., & Kitzinger, C.. Physiotherapy for vegetative and minimally conscious state patients: family perceptions and experiences. *Disability and Rehabilitation*. 2016; 38:22–29. doi: 10.3109/09638288.2015.1005759
6. Bender, A., Jox, R. J., Grill, E., Straube, A., & Lulé, D.. Persistent Vegetative State and Minimally Conscious State – a systematic review and meta-analysis of diagnostic procedures. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2015; 112:235–242. doi: 10.3238/arztebl.2015.0235
7. Schnakers, C., Vanhaudenhuyse, A., Giacino, J., Ventura, M., Boly, M., Majerus, S., et al. Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state: Clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment. *BMC neurology*. 2009; 9:1–5. doi: 10.1186/1471-2377-9-35
8. Giacino, J. T., Katz, D. I., & Whyte, J.. *Neurorehabilitation in Disorders of Consciousness*. *Seminars in Neurology*. 2013; 33:142–156. doi: 10.1055/s-0033-1348960
9. Owen, A. M., Coleman, M. R., Boly, M., Davis, M. H., Laureys, S., & Pickard, J. D. Detecting awareness in the vegetative state. *Science*. 2006; 313:1402–1402. doi: 10.1126/science.1130197
10. Andrews K., Murphy L., Munday R., Littlewood C., Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit. *BMJ*. 1996; 313:13–16. doi: 10.1136/bmj.313.7048.13
11. Giacino, J. T., Katz, D. I., Schiff, N. D., Whyte, J., Ashman, E. J., Ashwal, S., et al. Practice Guideline Update Recommendations Summary: Disorders of Consciousness. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2018; 99:1699–1709. doi: 10.1016/j.apmr.2018.07.001
12. Thibaut, A., Deltombe, T., Wannez, S., Gosseries, O., Ziegler, E., Dieni, C., et al. Impact of soft splints on upper limb spasticity in chronic patients with disorders of consciousness: A randomized, single-blind, controlled trial. *Brain Injury*. 2015; 29:830–836. doi: 10.3109/02699052.2015.1005132
13. Cheng, L., Cortese, D., Monti, M. M., Wang, F., Riganello, F., Arcuri, F., et al. Do Sensory Stimulation Programs Have an Impact on Consciousness Recovery? *Frontiers in Neurology*. 2018; 9:1–9. doi: 10.3389/fneur.2018.00826
14. Chatelle, C., Thibaut, A., Whyte, J., De Val, M. D., Laureys, S., & Schnakers, C.. Pain issues in disorders of consciousness. *Brain Injury*. 2014; 28:1202–1208. doi: 10.3109/02699052.2014.920518
15. Pundole A., Varley R., & Beeke S.. Assessing emergence from a prolonged disorder of consciousness: Current opinion and practice in the UK. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2020; 1–25. doi: 10.1080/09602011.2020.1758160
16. Santana, I., Duro D., Lemos R., Costa V., Pereira M., Simões M. R., et al. Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreamento e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Acta Med Port*. 2016; 29:240–248. doi: 10.20344/amp.6889
17. Martens G., Laureys S. & Thibaut A.. Spasticity Management in Disorders of Consciousness. *Brain Sciences*. 2017; 7:162. doi: 10.3390/brainsci7120162