



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA INTERVENÇÃO
PRECOCE À PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
EM FASE AGUDA**

REALIZADO POR:

LUCIANA SOFIA DUARTE TOSCANO



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA INTERVENÇÃO PRECOCE À PESSOA COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM FASE AGUDA**

Luciana Sofia Duarte Toscano

Orientação: Professora Mestre Sandy Severino

Barcarena, 2025

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório”

AGRADECIMENTOS

Com gratidão e reconhecimento, dedico estas palavras a todos aqueles que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso, dando apoio e incentivo, tornando este processo de aprendizagem gratificante:

Agradeço à minha professora orientadora, pelo conhecimento transmitido, pela orientação atenta e dedicada, por me ouvir e oferecer sempre palavras de motivação em cada etapa e por confiar nas minhas capacidades;

Aos restantes professores, pelo conhecimento transmitido e pelo contributo essencial na minha formação enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

Às minhas amigas, Beatriz e Rita, que ingressaram comigo nesta aventura, pelo apoio mútuo, pelas horas de estudo partilhadas e pela amizade que se fortaleceu ao longo do caminho;

Aos meus colegas do mestrado, pela troca de conhecimentos e pela ajuda que tornaram esta experiência ainda mais enriquecedora;

Às minhas enfermeiras orientadoras, cuja orientação, apoio e partilha de conhecimento foram fundamentais para o meu crescimento profissional. A vossa dedicação e experiência enriqueceram profundamente o meu percurso;

Aos meus pais, à minha irmã e meu padrasto pelo amor incondicional, pelo apoio constante e por acreditarem sempre em mim;

Aos meus amigos, por estarem ao meu lado nos momentos bons e desafiantes, trazendo leveza e motivação a esta caminhada;

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo e pela paciência demonstrada diariamente;

Aos meus irmãos escutas, por compreenderem a minha distância durante este percurso e por me ensinarem o verdadeiro significado do companheirismo e do serviço ao próximo.

RESUMO

Enquadramento: A Enfermagem, com seu corpo de conhecimento próprio, orienta a prática profissional por meio de teorias que direcionam as abordagens adotadas. A intervenção precoce à pessoa com Acidente Vascular Cerebral, na fase aguda, é fundamental para minimizar sequelas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel crucial, elaborando planos de cuidados especializados que promovem a recuperação funcional e a qualidade de vida.

Objetivo: Descrever o percurso individual no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, destacando as aprendizagens adquiridas na intervenção precoce à pessoa com Acidente Vascular Cerebral e explicar o desenvolvimento e aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Metodologia: Revisão narrativa para fundamentar a intervenção da Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Acidente Vascular Cerebral em fase aguda, alinhada com os referenciais teóricos da disciplina. Complementada por uma análise-reflexiva para descrever o desenvolvimento e a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Resultados: A contextualização dos conhecimentos teórico-práticos na prática clínica permitiu a elaboração de um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com enfoque na intervenção precoce e eficaz à pessoa com Acidente Vascular Cerebral. As intervenções individualizadas demonstraram ganhos significativos na autonomia, funcionalidade e capacitação para o autocuidado, impulsionando o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Conclusão: O Estágio Profissionalizante possibilitou o desenvolvimento de competências especializadas, sustentadas pela integração de evidências científicas e modelos teóricos, consolidando através de uma abordagem reflexiva, a autonomia profissional e o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral, Intervenção Precoce e Reabilitação Neurológica.

ABSTRACT

Background: Nursing, with its own body of knowledge, guides professional practice through theories that shape the approaches adopted. Early intervention in acute-phase stroke care is essential to minimize sequelae. The Rehabilitation Nurse Specialist plays a crucial role by developing specialized care plans that promote functional recovery and quality of life.

Objective: To describe the individual journey in the Master's in Rehabilitation Nursing, highlighting the acquired learning focused on early intervention in stroke care and explaining the development and acquisition of common competencies of the Nurse Specialist, the Rehabilitation Nurse Specialist, and the Master's graduate.

Methodology: A narrative review was conducted to support the role of Rehabilitation Nursing in stroke care, aligned with the theoretical frameworks of the discipline. This was complemented by a reflective analysis to describe the development and acquisition of competencies as a Rehabilitation Nurse Specialist and a Master's degree.

Results: The contextualization of theoretical and practical knowledge in clinical practice enabled the development of a Rehabilitation Nursing care plan, emphasizing early and effective intervention in stroke care. Individualized interventions demonstrated significant improvements in autonomy, functionality, and self-care capacity, fostering the development of competencies as a Rehabilitation Nurse Specialist and a Master's graduate.

Conclusion: The Professional Internship allowed for the development of specialized competencies, supported by the integration of scientific evidence and theoretical models. Through a reflective approach, it reinforced professional autonomy and a commitment to the continuous improvement of care.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Stroke, Early Intervention and Neurological Rehabilitation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	13
1.1. Contexto Comunitário	13
1.2. Contexto Hospitalar	15
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	20
2.1. Conhecimento científico em Enfermagem	20
2.1.1. Teoria do Autocuidado da Dorothea Orem	25
2.1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis	27
2.1.3. Análise de Conceitos	30
2.2. A pessoa com Acidente Vascular Cerebral	33
2.3. Enfermagem de Reabilitação e a intervenção precoce à pessoa com Acidente Vascular Cerebral	40
2.4. Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral	45
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS	47
3.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista	49
3.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	61
3.3. Competências de Mestre	71
4. ANÁLISE SWOT	74
CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
APÊNDICES	94
APÊNDICE I - Quadros clínicos do AVC Isquémico e Hemorrágico	95
APÊNDICE II - Guia de Exercícios: Reabilitação do Ombro e Braço	98
APÊNDICE III - Guia de Exercícios: Reabilitação da Mão	100
APÊNDICE IV - Livro de Bolso: Exame Neurológico através dos pares cranianos	102
APÊNDICE V - Relato de Caso Clínico: Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo.....	112

APÊNDICE VI - Relato de Caso Clínico: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral	142
ANEXOS	187
ANEXO I - Certificado do “Workshop Neurociências – Do passado ao presente – o Futuro é hoje”	188
ANEXO II - Certificado da Ação de Formação “Via Verde de AVC: do diagnóstico ao tratamento e reabilitação”	190
ANEXO III - Certificado da Formação “Abordagem Multidisciplinar ao Doente Idoso com Fratura Colo do Fémur – Cuidados após a alta”	192
ANEXO IV - Certificado da Formação “Inaloterapia”	194
ANEXO V - Certificado do Curso Pós-Graduado em Hipertensão Pulmonar – Nursing workshop	196

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

CEER - Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP - Estágio Profissionalizante

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESO - *European Stroke Organisation*

FQ - Fibrose Quística

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

OE - Ordem dos Enfermeiros

PII - Plano Individual de Intervenção

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNAO - *Registered Nurses' Association of Ontario*

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT - *Strengths Weaknesses Opportunities Threats*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ULS - Unidade Local de Saúde

URR - Unidade de Reabilitação Respiratória

INTRODUÇÃO

O presente relatório de Estágio Profissionalizante (EP) emerge no âmbito da unidade curricular Estágio Profissionalizante, integrado no 2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Saúde Atlântica. O objetivo deste relatório é descrever o meu percurso individual durante o MER, evidenciando as aprendizagens adquiridas durante os estágios com foco na intervenção precoce à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), reconhecendo a importância de uma abordagem célere e especializada na fase aguda. Pretende-se demonstrar o desenvolvimento e a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e de Mestre, refletindo a minha evolução ao longo do processo formativo.

A construção deste processo de aprendizagem iniciou-se com as unidades curriculares do MER, cujos conhecimentos teóricos-científicos adquiridos foram contextualizados nos diferentes contextos da prática clínica. Esta desenvolveu-se no primeiro estágio, em contexto comunitário, e neste EP, em contexto hospitalar, numa Unidade de AVC e numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) de duas unidades locais de saúde da grande área de Lisboa.

A intervenção precoce na pessoa com AVC desempenha um papel fundamental na minimização de sequelas e na otimização da recuperação funcional. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o EEER tem a competência de conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) diferenciados, focados na promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

Numa unidade de AVC, a intervenção do EEER assume um papel determinante na maximização do potencial funcional da pessoa e na prevenção de complicações. Com a sua formação especializada, realiza avaliações sistematizadas e personalizadas que permite realizar intervenções que promovem a neuroplasticidade, adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa. A intervenção do EEER inclui a capacitação da pessoa e da sua família/cuidador, facilitando a transição para o domicílio ou para outras unidades, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Os objetivos de aprendizagem visam o desenvolvimento de competências e a construção da identidade profissional. O EP permite contextualizar os conhecimentos adquiridos ao longo do MER, aplicando-os numa prática diferenciada, como é o caso do processo neurológico. Integrar e aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações específicas e de elevada complexidade, como a intervenção precoce à pessoa com AVC em fase aguda. Promover o desenvolvimento de competências na conceção, planeamento e supervisão de cuidados, bem como na gestão da equipa e melhoria da qualidade dos cuidados. Incentivar a reflexão crítica sobre as implicações éticas e sociais dos cuidados e a transmissão de conhecimentos à equipa de enfermagem, pessoa e família. Aplicar os conhecimentos e competências adquiridos ao longo da prática profissional e elaborar este relatório abordando a temática escolhida e refletindo sobre a experiência e crescimento ao longo do estágio.

Relativamente à estrutura, o primeiro capítulo analisa os contextos da prática clínica, descrevendo os recursos físicos e humanos, destacando os elementos que influenciam a prática de cuidados. O segundo capítulo enquadra a enfermagem como disciplina com conhecimento próprio, alinhando a prática com a evidência científica e as teorias de enfermagem, essenciais no cuidado à pessoa com AVC. São definidos conceitos-chave como independência, funcionalidade, autonomia e capacitação e literacia em saúde, fundamentais para este relatório. A fundamentação teórica sobre alterações neurológicas e limitações funcionais da pessoa com AVC sustentou o desenvolvimento de um plano de cuidados de ER, visando melhorias na qualidade dos cuidados. Segue-se uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas, articulando as experiências vividas com as teorias e a evidência científica. O quarto capítulo contém uma análise sobre as *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT), identificando fatores internos e externos que influenciaram o processo de aprendizagem. Por fim, a conclusão sintetiza as competências desenvolvidas, os ganhos nos cuidados de ER e recomendações para a prática, educação e políticas de saúde.

A metodologia utilizada baseou-se em pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos, realizada de acordo com as normas da *American Psychological Association* (7ª edição), em conformidade com as normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Saúde Atlântica, garantindo a redação segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

A prática clínica do MER decorreu no ano de 2024, num total de 725 horas, abrangendo o Estágio de Reabilitação na Comunidade e o EP. Estas experiências tiveram como objetivos a formação e a aprendizagem, fomentando o desenvolvimento contínuo das competências comuns de Enfermeiro Especialista, as competências específicas de EEER, bem como as competências académicas ao nível de Mestre.

A análise dos contextos em que ocorreram os estágios permite compreender a realidade da prestação de cuidados de ER em diferentes níveis de intervenção, contribuindo para uma visão mais global e integrada. Este capítulo descreve os dois contextos: o contexto comunitário e o contexto hospitalar. O primeiro foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), privilegiando a proximidade com a pessoa e a sua família no ambiente habitual de vida. Enquanto o segundo incluiu dois contextos distintos, em unidades locais de saúde diferentes: uma unidade de AVC e uma URR, marcadas pela especificidade dos cuidados prestados em situações de maior complexidade.

1.1. Contexto Comunitário

A UCC apresenta uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) da área metropolitana de Lisboa. Tem como área de intervenção duas freguesias e quatro uniões de freguesias. Abrange uma comunidade com cerca de 122 mil pessoas inscritas, das quais 56,09% apresentam um índice de dependência total. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 08:00 às 20:00 e sábados, domingos e feriados das 09h00 às 13h00 (Serviço Nacional de Saúde, 2025a).

A UCC tem como missão a prestação de cuidados de saúde, acompanhamento psicológico e social, a nível domiciliário e comunitário, a pessoas em situação de risco, dependência ou doença. Além disso, promove educação para a saúde e integra redes de apoio à família (Serviço Nacional de Saúde, 2025a). Tem como visão ser uma unidade eficiente e disponível, que oferece respostas integradas e de proximidade, garantindo acessibilidade, qualidade, solidariedade e cidadania. No exercício das suas funções, os profissionais pautam-se pelos seguintes valores: desempenho, ética e responsabilidade social, inovação, orientação para

resultados, qualidade, respeito pela pessoa e trabalho em equipa (Serviço Nacional de Saúde, 2025a).

Esta unidade implementa programas na área do Estatuto do Cuidador Informal, universidade sénior, violência, saúde escolar e reprodutiva. A equipa de enfermagem promove, semanalmente, sessões de formação direcionadas a toda a equipa multidisciplinar. Estas iniciativas visam assegurar a melhoria contínua dos cuidados e fomentar a atualização de conhecimentos, contribuindo para a excelência nos cuidados prestados.

A equipa de saúde é formada por 15 enfermeiros, dos quais 2 EEER, 2 secretários clínicos, 4 assistentes operacionais e à data nenhum médico.

O espaço físico é partilhado com a unidade de saúde familiar, mas existe uma divisão entre ambas as unidades. Apresenta gabinetes de enfermagem, um gabinete da saúde escolar, um gabinete de psicologia ou para outros atendimentos, uma sala de reunião e uma sala de armazenamento de material.

No que se refere à organização da tipologia dos cuidados, a pessoa é referenciada pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI foi criada para dar resposta à necessidade de cuidados de longa duração e paliativos, com o objetivo de prevenir e minimizar incapacidades, promovendo a funcionalidade e a qualidade de vida de pessoas com dependência funcional e múltiplas patologias crónicas. A prestação destes cuidados é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias, como as ECCI. As ECCI são equipas domiciliárias responsáveis pela prestação de cuidados de manutenção, conforto, reabilitação e readaptação a pessoas em situação de dependência, em convalescência ou em fase terminal. A referenciação para estas equipas é realizada pela equipa de gestão de altas dos hospitais ou pelos cuidados de saúde primários. Após a referenciação e respetiva análise, o caso é atribuído a um profissional de saúde, denominado “Gestor de Caso”, que assume a responsabilidade de acompanhar o processo individual da pessoa e articular com os vários participantes da prestação de cuidados (Decreto-Lei nº101/2006; Portaria nº174/2014).

De seguida, é agendada a primeira visita domiciliária, com a maior brevidade possível. Nesta primeira visita é realizada uma avaliação inicial das necessidades específicas da pessoa e

família/cuidador através de instrumentos validados, bem como, as condições habitacionais relativamente à acessibilidade e barreiras arquitetónicas. São também referenciadas as expectativas da pessoa e família/cuidador no processo de cuidados. Com base nessas informações, são definidos os objetivos gerais e específicos, estabelecidos os diagnósticos e elaborado um Plano Individual de Intervenção (PII), um plano de cuidados e intervenções para cada pessoa.

Neste contexto, o EEER efetua avaliações das necessidades específicas da pessoa, tendo em conta as condicionantes físicas, psicossociais e ambientais. Desenvolve e implementa planos individuais de ER, executando intervenções específicas direcionadas à recuperação funcional. Paralelamente, presta orientações e educação para a saúde à pessoa e à família/cuidador, abordando estratégias de prevenção, gestão da doença e promoção da saúde. A sua atuação envolve uma colaboração estreita com outros profissionais de saúde e serviços sociais, assegurando uma abordagem integrada e holística ao cuidado, facilitando a transição entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente para outras unidades da RNCCI. Além disso, proporciona suporte emocional ao longo do processo de reabilitação, contribuindo para o bem-estar da pessoa e da sua família/cuidador. A monitorização contínua da evolução da pessoa é uma parte essencial da sua intervenção, sendo realizada uma avaliação mensal para ajustar o PII conforme necessário e analisar os resultados alcançados. Nos turnos ao fim de semana, bem como em situações de necessidade, o EEER assume também a prestação de cuidados gerais, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Os registos informáticos são efetuados na plataforma da RNCCI e no programa *SClínico*[®] em linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]).

1.2. Contexto Hospitalar

Como mencionado anteriormente, a prática clínica em contexto hospitalar decorreu numa unidade de AVC e numa URR.

A unidade de AVC pertence a uma ULS na área da grande Lisboa. Esta unidade de saúde constitui uma instituição hospitalar e de cuidados primários. Abrange áreas como investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados (Serviço Nacional de Saúde, 2025b).

Integrada na área das Neurociências, a unidade de AVC é especializada na prestação de cuidados em Neurologia, em colaboração com a Neurorradiologia (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Está destinada ao internamento da pessoa com AVC em fase aguda, internamento eletivo para procedimentos cerebrovasculares e seguimento das doenças vasculares cerebrais (Nunes et al., 2023). Os principais objetivos são: iniciar precocemente o tratamento e reabilitação, realizar estudos etiológicos, prevenir o agravamento da doença e complicações, tratar complicações e desenvolver um plano de acompanhamento adequado (Serviço Nacional de Saúde, 2023). No ano de 2023, obteve a certificação pela *European Stroke Organisation (ESO)*, tornando-se Centro de Referência de AVC.

A unidade tem como missão a prestação de cuidados de saúde especializados à pessoa com AVC em fase aguda, promovendo simultaneamente o conhecimento através de investigação e da formação contínua da equipa multidisciplinar, com o objetivo de melhorar as práticas clínicas. A sua visão assenta numa elevada qualificação científica, técnica e tecnológica, pautada pela excelência clínica, eficácia e eficiência. Os valores que orientam a sua atuação incluem a justiça, a verdade, a competência técnica, a cultura de cuidados centrados na pessoa e o trabalho em equipa multidisciplinar e multiprofissional (Nunes et al., 2023).

Esta unidade integra uma equipa de especialistas de neurologia, medicina interna, medicina física e de reabilitação, articulada a uma equipa multidisciplinar de várias especialidades como neurorradiologia de intervenção, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, cardiopneumologia, radiologia, psicologia, farmácia, nutrição, assistentes operacionais, assistentes técnicos, enfermagem, serviço social e serviço espiritual. A equipa multidisciplinar é composta por 23 enfermeiros, dos quais 5 EEER e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, 9 médicos, 7 assistentes operacionais e 2 assistentes técnicos (Nunes et al., 2023; Serviço Nacional de Saúde, 2023).

O acompanhamento pelo fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional ocorre exclusivamente durante o período da manhã em dias úteis, havendo, em situações pontuais, sessões de fisioterapia ao sábado.

A unidade tem uma capacidade máxima de 9 camas. O espaço físico é constituído por três salas (A, B e C) e cada uma apresenta 3 unidades com monitorização fixa, posto de

enfermagem com computador e armários com material de apoio. O restante espaço é constituído pelo gabinete da coordenação médica, gabinete do enfermeiro gestor, gabinete dos assistentes técnicos, sala de reuniões, sala de médicos, sala de trabalho de enfermagem (frigorífico, bancada de trabalho, armário de medicação/soros e outros materiais de consumo), sala de tratamento (lavatório, ecocardiógrafos, armário com material diverso, armário com material de apoio de ER, ajudas técnicas (cadeirões, andarilho, canadianas, bengalas), sala de armazenamento de materiais, zona de sujios, sala de refeições para os profissionais, casa de banho com chuveiro, vestiário e duas casas de banho para os profissionais (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

A unidade de AVC assegura a Via Verde AVC que otimiza a admissão e avaliação da pessoa com AVC agudo, reconhecendo a urgência do tratamento. A Urgência Metropolitana de Lisboa, criada em 2016, envolve quatro hospitais que, de forma rotativa, garantem o tratamento de AVC isquémico com oclusão de grande vaso e hemorragia subaracnóidea aneurismática (Nunes et al., 2023). É assegurada pelo médico e por um enfermeiro da unidade que acompanha a pessoa desde a triagem até ao internamento no serviço.

Ao nível dos cuidados de enfermagem, o método de trabalho adotado é o individual por método responsável, no qual o enfermeiro presta cuidados personalizados com uma abordagem holística. Os turnos dividem-se em turno de manhã, tarde e noite, com 4 elementos na manhã e 3 na tarde e da noite. Sempre que possível, garante-se a presença de um 1 EEER no turno de manhã e tarde, abrangendo feriados e fim de semana (Nunes et al., 2023). A sua organização segue os Padrões de Qualidade da OE, focando-se na promoção dos processos de readaptação, na satisfação das necessidades humanas essenciais e na maximização da independência nas Atividades de Vida Diárias (AVD). Os objetivos específicos abrangem a gestão de recursos humanos, formação/investigação, prestação de cuidados e gestão de recursos materiais. São desenvolvidos projetos nas áreas de quedas, dor, úlceras por pressão e gestão de risco, com reuniões regulares, planos e relatórios anuais com conhecimento do Enfermeiro Gestor e da Direção de Enfermagem. É elaborado um plano anual de formação em serviço que é do encargo do Enfermeiro Gestor e dos Enfermeiros dinamizadores da formação. Estes realizam o diagnóstico das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeiam as ações de formação (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Adicionalmente, todos os profissionais participam em formações e congressos, incluindo na plataforma *Angels Initiative*, em articulação com a *ESO*, que permite a certificação das Unidades de AVC e dos profissionais (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Esta plataforma apresenta um programa *e-learning* que permite aos profissionais adquirir novas competências e aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com AVC. Tem como missão otimizar a qualidade do tratamento em todos os centros de AVC existentes (*Angels Initiative*, 2024).

Nesta unidade, o EEER presta cuidados gerais, não realizando exclusivamente cuidados de ER. Contudo, com as suas competências especializadas realiza avaliações detalhadas das necessidades específicas, implementa planos individuais de intervenção de ER, utilizando técnicas e intervenções específicas. Realiza os registos informáticos na plataforma *Patient Care B-Simple*, selecionando a atitude terapêutica "Enfermagem de Reabilitação", com intervenções pré-definidas. Todavia, estas revelam-se limitadas face à abrangência da prática de ER, sendo complementadas com registos em notas livres para melhor descrever os cuidados prestados. A partilha de conhecimentos com a equipa promove a melhoria da qualidade dos cuidados, sensibilizando sobre a importância da recuperação funcional da pessoa. O EEER assume o cargo de chefe de equipa uma vez que nesta unidade todos os chefes de equipa são enfermeiros especialistas. Exercem ainda o cargo de enfermeiro coordenador do hospital que substitui a direção de enfermagem no horário pós-laboral.

A URR também está integrada numa ULS da grande Lisboa. Esta instituição de saúde visa fortalecer a articulação entre níveis de cuidados, garantindo respostas integradas e centradas na pessoa. A sua missão inclui promover a saúde, prevenir doenças e tratar incapacidades, otimizando recursos e colaborando com parceiros para o bem-estar da comunidade (Serviço Nacional de Saúde, 2025c).

A intervenção desta URR foca-se na patologia respiratória como a asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, Fibrose Quística (FQ), bronquiectasias não fibrose quística, fibrose pulmonar, derrames pleurais e pneumonias, prestando cuidados em regime de ambulatório e nos serviços de internamento. Integra também o centro de referência da FQ e o hospital de dia da asma. No hospital de dia de asma é realizada a administração de terapêutica biológica à pessoa com Asma.

Esta unidade é composta por uma equipa multidisciplinar constituída por 5 EEER, incluída a enfermeira gestora, 3 pneumologistas, 1 psiquiatra, 2 psicólogos, 1 dietista, 2 assistentes operacionais e 2 assistentes técnicos.

O espaço físico é constituído por gabinetes de consulta médica, gabinete de consulta de enfermagem, gabinete da Enfermeira Gestora, sala de armazenamento de materiais, sala de refeição dos profissionais, um vestiário e duas casas de banho. Dispõe de um ginásio equipado para realizar programas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), com armários de armazenamento de material de apoio e com 4 unidades individualizadas, cada uma delas com uma marquesa. O ginásio inclui uma área para treino de exercício com passadeira, bicicleta ergonómica, pedaleira e espelho quadriculado. Apresenta ainda uma sala com cadeirões destinada ao hospital de dia da asma.

As atividades do centro de referência da FQ incluem a orientação da pessoa com o diagnóstico ou suspeita de FQ; tratamentos farmacológicos específicos; apoio na transição da idade pediátrica para a idade adulta; consulta de FQ médica, enfermagem, nutrição, psicologia e aconselhamento genético com avaliação do risco pessoal e familiar (Centro de Referência Fibrose Quística, 2024). O EEER realiza a consulta de enfermagem, que inclui a monitorização de sinais vitais, colheita de sangue e urina, bem como o preenchimento de questionários específicas, o *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire* e o *Cystic Fibrosis Questionnaire* para compreender o impacto da doença e dos tratamentos no seu dia-a-dia. Realiza ensinamentos direcionados à otimização da terapêutica inalatória e do uso adequado de nebulizadores e dos seus dispositivos. Desenvolve programas de RFR, focados no ensino de técnicas para ventilação comprometida e limpeza das vias aéreas para que a pessoa esteja capacitada a realizar no domicílio. Implementa programas de telereabilitação e telemonitorização, permitindo oferecer remotamente um programa de RFR, uma abordagem inovadora que garante cuidados especializados a pessoas que residem longe da unidade hospitalar. O EEER também participa em ensaios clínicos e estudos de investigação, contribuindo para a evolução do conhecimento na área da reabilitação respiratória.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Conhecimento científico em Enfermagem

A Enfermagem desenvolveu-se ao longo dos séculos, influenciada por diversas correntes de pensamento, transformações históricas e movimentos sociais, que consolidaram progressivamente as suas conceções. Esse percurso permitiu a construção de um corpo de conhecimento próprio que sustenta a prática clínica, o ensino, a gestão e a investigação (José & Sousa, 2021; Rocha & Martins, 2024).

No conhecimento contemporâneo em Enfermagem, identifica-se uma hierarquia estruturada composta por diferentes componentes: metaparadigma, filosofia, modelos conceptuais e teorias de enfermagem. Estes componentes estruturam esse conhecimento único dentro da disciplina, reforçando a sua identidade e diferenciação em relação a outras áreas do saber (Rocha & Martins, 2024).

O metaparadigma representa o nível mais abstrato e abrangente desta hierarquia estrutural, funcionando como a base ideológica que confere significado e coerência às teorias, ao conhecimento e aos processos de construção do saber em Enfermagem. É constituído pelos quatro conceitos principais que orientam a prática dos cuidados de enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem/cuidados de enfermagem (Rocha & Martins, 2024).

O paradigma consiste num conjunto de teorias e princípios que orientam o nosso pensamento. Cada paradigma está associado a uma forma específica de interpretar o mundo, e a sua mudança representa uma transformação dessa visão (Rocha & Martins, 2024). A evolução das conceções de enfermagem originou três paradigmas: categorização, integração e transformação.

O paradigma da categorização enquadra-se no modelo biomédico, no qual a intervenção de enfermagem está alinhada com o que foi prescrito ou atribuído pelo médico, com foco na doença, problemas, limitações e incapacidades da pessoa. No paradigma da integração, os cuidados de enfermagem direcionam-se para a pessoa enquanto um ser holístico, distinguindo a prática da enfermagem da medicina. A visão da pessoa como um todo deu origem a modelos conceptuais e dividiu a investigação e ensino em quatro escolas de pensamento: das

necessidades, da interação, dos efeitos desejados ou dos resultados e da promoção da saúde. A escola das necessidades aborda as teorias sobre as necessidades básicas das pessoas e o papel do enfermeiro na sua satisfação, destacando a promoção da independência para que a pessoa consiga atender às suas necessidades e realizar os seus autocuidados. A escola da interação reúne as concepções que descrevem o processo de interação entre o enfermeiro e a pessoa, considerando o cuidado como uma ação humanitária que envolve avaliação, diagnóstico e planeamento das intervenções com base no compromisso terapêutico. A escola dos efeitos desejados ou resultados vê a pessoa, família ou comunidade como um sistema que procura adaptação, estabilidade e equilíbrio. A escola da promoção da saúde concentra-se no incentivo ao envolvimento ativo da pessoa, família e comunidade no processo de aprendizagem sobre a saúde (Kerouac et al., 2017; Rocha & Martins, 2024). Estabeleceu-se o caminho para considerar o ser humano como um ser com necessidades e potencialidades, as quais a enfermagem deve estar atenta no processo de cuidados (Queirós, 2024).

O paradigma da transformação vê a pessoa como parte indissociável do universo, com os cuidados direcionados à pessoa, família, comunidade e população. Valoriza a capacidade da pessoa ser agente e parceira nas suas próprias decisões de saúde, afastando a ideia de que as decisões são exclusivamente dos profissionais. Este paradigma originou duas escolas de pensamento: a do ser humano unitário, que engloba as teorias que defendem que os seres humanos são unitários e constituem sistemas de energia inseridos nos sistemas de energia universal, assumindo o holismo; e a do cuidar que reúne as teóricas que afirmam o cuidado como a essência da disciplina de enfermagem e um ideal moral fundamental (Kerouac et al., 2017; Rocha & Martins, 2024).

Florence Nightingale foi pioneira no desenvolvimento de uma filosofia dos cuidados de enfermagem, servindo de alicerce para a maioria dos modelos conceptuais e teorias que orientaram a evolução da profissão e da disciplina. Defendia que os seres humanos possuem uma capacidade natural de cura e que o papel da enfermagem é promover a saúde e a recuperação, através da gestão da relação entre a pessoa e o ambiente (José & Sousa, 2021).

Um modelo conceptual de enfermagem é composto por conceitos e proposições gerais mais abstratos que uma teoria. Orienta a prática clínica, estruturando a reflexão e interpretação de fenómenos (Rocha & Martins, 2014).

A Enfermagem é a teoria em ação e toda a intervenção de enfermagem baseia-se numa teoria. As teorias de enfermagem são um dos pilares da linguagem profissional, contribuindo para a sua consolidação como ciência. Definem conceitos de forma precisa e estruturam proposições focadas, desempenhando um papel crucial na construção do conhecimento da disciplina, no ensino, na investigação e na prática de cuidados baseada no ciclo ação-reflexão-ação. Neste sentido, as teorias funcionam como modelos que orientam o pensar, sentir e agir na práxis, apresentando-se como uma orientação estruturada para o pensamento crítico e a tomada de decisão dos enfermeiros. A práxis é compreendida como o conhecimento colocado em ação e na prática os enfermeiros devem fundamentá-la em evidências atualizadas e consistentes (José & Sousa, 2021; Lacerda et al., 2024; Rocha & Martins, 2024).

As grandes teorias são mais amplas e são constituídas por conceitos e proposições menos abstratas do que aqueles presentes num modelo conceptual. Aplicam-se a todas as áreas de atuação do enfermeiro, descrevendo a natureza, os objetivos e a missão dos cuidados de enfermagem. Por sua vez, as teorias de médio alcance são mais restritas, sendo compostas por conceitos e proposições mais concretos e específicos. Estas abrangem diferentes áreas da enfermagem e refletem uma diversidade de situações de cuidados. Existem também as teorias específicas, que se concentram na prática clínica e se aplicam a determinadas populações ou contextos de atuação específicos (José & Sousa, 2021).

As teorias em enfermagem possibilitam aos enfermeiros compreender a natureza dos cuidados e orientar a sua prática, especialmente na prática clínica, que deve atender às necessidades das pessoas que requerem de cuidados de enfermagem. É fundamental compreender que uma única perspetiva teórica não é suficiente para explicar os cuidados de enfermagem, sendo improvável que consiga abranger toda a complexidade envolvida na situação da pessoa que necessita de cuidados (José & Sousa, 2021).

Em Portugal, o desenvolvimento da ciência e da disciplina de enfermagem foi consolidado com a criação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), formalizado por decreto-lei com o objetivo de regular o exercício profissional da enfermagem. Esta regulamentação assegurou a proteção dos direitos e das normas deontológicas próprias da profissão e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade aos cidadãos (Decreto-Lei nº161/1996).

O conceito de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem constituem-se como conceitos centrais e referenciais fundamentais à disciplina e à prática profissional de enfermagem (Ribeiro et al., 2018). Estes conceitos também foram definidos pela OE como os enunciados descritivos da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A pessoa é considerada um ser holístico e biopsicossocial, inserido no mundo como um sistema aberto e interligado que beneficia da prestação de cuidados de enfermagem (Teixeira et al., 2023a). Ao longo deste relatório, é utilizada a terminologia “pessoa” e diz respeito à pessoa alvo de cuidados.

A saúde é um estado dinâmico e subjetivo, refletindo o equilíbrio entre o bem-estar a nível físico, emocional, espiritual e cultural. Não se considera oposta à doença, mas um processo contínuo de adaptação às circunstâncias individuais (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O ambiente é composto por elementos humanos, físicos, culturais, políticos, económicos e organizacionais, que influenciam a saúde e os estilos de vida, exigindo que os enfermeiros considerem a interdependência entre a pessoa e o ambiente na sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A Enfermagem é uma profissão da saúde focada na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, saudável ou doente, ao longo da sua vida, visando promover, manter e recuperar a saúde. Os cuidados de enfermagem constituem as intervenções autónomas ou interdependentes realizadas pelo enfermeiro conforme as suas qualificações profissionais (Decreto-Lei nº161/1996). O enfermeiro é o profissional com licenciatura em enfermagem com competência científica, técnica e humana que está capacitado a prestar cuidados de enfermagem gerais à pessoa, família, grupos e comunidades, nas áreas da prevenção primária, secundária e terciária. O enfermeiro especialista é um profissional que possui competências reconhecidas para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados na sua área de especialização (Decreto-Lei nº161/1996). Apresenta competências acrescidas e específicas, o que lhe possibilita atuar em contextos de maior complexidade (Pestana, 2023).

A ER surge como uma especialidade multidisciplinar que envolve um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, com o objetivo de apoiar a pessoa com doença aguda, crónica ou com as suas sequelas, ajudando-as a maximizar o seu potencial funcional e

independência (Regulamento nº392/2019). Os Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER) abrangem intervenções que atendem à pessoa com necessidades especiais, à pessoa com deficiência e a promoção de um ambiente seguro. Esta área de intervenção especializada baseia-se num conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, tendo como objetivo principal promover o bem-estar e a qualidade de vida, recuperar a funcionalidade, fomentar o autocuidado, prevenir complicações e maximizar as capacidades da pessoa. Esta prática integra os resultados da investigação e as diretrizes das boas práticas dos CEER, fundamentadas em evidências, essenciais para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional do EEER e para a excelência dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, a qualidade dos cuidados prestados, a tomada de decisão clínica e no ensino, a utilização de uma linguagem comum é essencial (José & Sousa, 2021). A ontologia em enfermagem destaca-se como um relevante contributo para a representação e sistematização do conhecimento da disciplina, fundamentando-se na investigação de conceitos próprios e no conhecimento pericial. Através da linguagem, além de descrever conceitos e clarificar as suas relações, facilita a identificação de necessidades de investigação e impulsiona a evolução de sistemas clínicos de suporte aos cuidados, contribuindo assim para o avanço da enfermagem como disciplina e profissão (Cardoso & Brito, 2024).

Na conceção e prestação de cuidados, o EEER adota o processo de enfermagem como metodologia científica, permitindo-lhe pensar criticamente, tomar decisões fundamentadas e avaliar os resultados das intervenções (Ribeiro et al., 2021b). A aplicação do processo de enfermagem deve basear-se em pelo menos uma teoria de enfermagem, permitindo identificar, descrever e prever as respostas da pessoa, família ou comunidade aos problemas de saúde e às transições, orientando a intervenção do EEER (Ribeiro et al., 2021a).

No decorrer do MER, ao desenvolver o processo de enfermagem, utilizamos as teorias de enfermagem, evidenciando assim a sua aplicabilidade prática. A prática profissional em ER baseia-se num enquadramento conceptual que considera a teoria do autocuidado de Dorothea Orem e das transições de Afaf Meleis, como estruturantes e de referência na orientação dos cuidados de ER (Regulamento nº392/2019).

2.1.1. Teoria do Autocuidado da Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem é considerada uma das teóricas de enfermagem mais vanguardistas e desenvolveu a Teoria do Autocuidado, que desempenha um papel fundamental na construção dos cuidados de ER (Ribeiro et al., 2021a; Tomey & Alligood, 2004).

O conceito de autocuidado é o componente central da teoria de Orem, que o define como uma função reguladora inerente ao ser humano, desempenhada por si próprio ou por outra pessoa, com o objetivo de preservar a vida, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001). Esta definição é aceite pelo *International Council of Nurses*, que define o autocuidado como a atividade executada pela pessoa para atender às suas necessidades, mantendo o seu funcionamento e gerindo os cuidados pessoais e as AVD (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Esta teoria insere-se no paradigma da interação e na escola do pensamento das necessidades. Através do conceito de autocuidado, esta abordagem oferece uma interpretação significativa sobre o papel dos enfermeiros na prestação de cuidados. Ao responder às necessidades e solucionar problemas, os enfermeiros promovem o autocuidado, intervindo para suprir défices e capacitar a pessoa na gestão da sua própria saúde (Queirós, 2024). É considerada uma grande teoria, pois a sua estrutura abrange várias áreas de interesse da enfermagem e incorpora três teorias interligadas: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria do Autocuidado analisa a forma como as pessoas cuidam de si próprias, partindo do princípio de que todos possuem potencial para o autocuidado, sustentado pelas competências, conhecimento e experiência adquirida. No entanto, quando as exigências do autocuidado ultrapassam essa capacidade, torna-se necessário o suporte de familiares, cuidadores ou profissionais de saúde. A capacidade de autocuidado é influenciada por fatores cognitivos (conhecimento da condição de saúde e competências cognitivas), físicos (habilidade para realizar as ações necessárias) e psicossociais (valores, motivação e perceção da própria competência). Estas dimensões comportamentais são definidas em função dos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde (Petronilho & Machado, 2023).

Os requisitos universais associam-se às necessidades essenciais à vida e à integridade do ser humano (Petronilho & Machado, 2023). Estes incluem a manutenção da quantidade adequada de ar, ingestão suficiente de água e alimentos, eliminação eficaz, equilíbrio entre atividade e descanso, harmonia entre a solidão e interação social, prevenção de perigos para a vida, o bem-estar e a promoção do desenvolvimento humano nos grupos sociais. Os requisitos de desenvolvimento incluem as condições que promovem o crescimento e previnem fatores que o comprometem, considerando as diferentes fases da vida como: a falta de acesso à educação, doença, incapacidade e a perda de familiares e amigos. Estes requisitos desempenham um papel essencial na formação das características humanas, tanto estruturais como funcionais e comportamentais. Os requisitos de desvio de saúde referem-se aos cuidados necessários à pessoa em condição de doença ou lesão. As características do desvio determinam as necessidades de cuidado que as pessoas enfrentam ao lidarem com os efeitos das condições patológicas, como seguir prescrições terapêuticas e de reabilitação, adaptar-se à condição, ajustar o autoconceito e a autoimagem, e aprender a viver com a doença (Orem 2001; Petronilho & Machado, 2023; Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria do Défice de Autocuidado é o núcleo da teoria de Orem e explora as razões pelas quais as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. O défice de autocuidado ocorre quando as necessidades de autocuidado ultrapassam a capacidade da pessoa. Este conceito orienta a prática do cuidado, permitindo a adequar os cuidados e compreender o papel das pessoas no autocuidado. Orem identificou cinco áreas essenciais em que o enfermeiro oferece cuidados, proporcionando o apoio necessário à pessoa, estas incluem: estabelecer e manter uma relação com a pessoa, família ou grupo; identificar as necessidades de cuidados de enfermagem; responder aos pedidos, desejos e necessidades da pessoa; prestar cuidados diretos e coordenar os cuidados de enfermagem, outros serviços de saúde e sociais na vida diária da pessoa (Petronilho & Machado, 2023; Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem conceptualiza a enfermagem como uma ação humana, sendo os sistemas de enfermagem formados por intervenções realizadas pelos enfermeiros durante o exercício da sua profissão, para pessoas com limitações de autocuidado ou dependentes de cuidados devido a condições de saúde. O sistema de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para realizar as atividades

relacionadas com o mesmo. São identificadas três classificações: o sistema totalmente compensatório, quando a pessoa não consegue realizar as atividades de autocuidado e depende do outro para garantir o seu bem-estar; o sistema parcialmente compensatório, em que tanto o enfermeiro, como a pessoa ou outros, desempenham cuidados, sendo ambos responsáveis pelo cuidado; e o sistema de apoio-educação, quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita de apoio, orientação e instrução para o executar de forma eficaz (Petronilho & Machado, 2023; Tomey & Alligood, 2004).

No processo de cuidados dos enfermeiros, em particular dos EEER, a dependência no autocuidado é um dos principais focos de atenção, visando a capacitação da pessoa para realizar as atividades, abrangendo os diferentes domínios do autocuidado (Petronilho & Machado, 2023). A formação avançada do EEER permite integrar, de maneira intencional e fluida, o conceito de autocuidado no planeamento dos cuidados de ER, tendo como objetivos a promoção do autocuidado e a reconstrução da autonomia e o bem-estar da pessoa. É importante salientar que a concretização plena do autocuidado depende do envolvimento e motivação da pessoa em todo o processo de reabilitação (Ribeiro et al., 2021a).

A relevância deste referencial está no seu potencial para apoiar a prática do EEER, colocando a pessoa no centro dos cuidados e reconhecendo a sua capacidade de aprender novas formas de realizar o autocuidado, mesmo com limitações. Este enfoque destaca a importância de uma intervenção profissional estruturada e intencional, particularmente no cuidado de pessoas com elevadas exigências de autocuidado, mas com potencial para desenvolver autonomia (Ribeiro et al., 2021a). De acordo a Ordem dos Enfermeiros (2018), no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, o bem-estar e o autocuidado constitui um dos enunciados descritivos. Na procura constante pela excelência no exercício profissional, o EEER potencializa o bem-estar das pessoas e auxilia nas atividades de vida nas quais a pessoa apresenta défice de autocuidado.

2.1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições de Afaf Meleis é considerada uma teoria de médio alcance pois apresenta fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática. Meleis desenvolveu o conceito de transição como um processo de mudança caracterizado por um período de

instabilidade entre dois estados estáveis, baseado na observação da adaptação humana às alterações na sua condição de vida. No contexto da transição, destaca-se a importância da interação enfermeiro-pessoa, com especial enfoque na experiência individual vivida. Qualquer acontecimento relacionado com a saúde da pessoa ou da família pode, por si só, ser um fator desencadeante de mudança (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Este referencial teórico é constituído por três componentes: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condições facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem (Meleis et al., 2000). Quanto à natureza das transições, estas classificam-se em quatro tipos: saúde-doença, desenvolvimento, situacional e organizacional. As transições saúde-doença referem-se a mudanças abruptas na condição de saúde, abrangendo a passagem de um estado saudável para uma condição de doença, seja ela aguda ou crónica. As transições de desenvolvimento acontecem ao longo do ciclo de vida, como por exemplo, a adolescência, menopausa, envelhecimento e morte. As situacionais estão relacionadas com mudanças de papéis nos diversos contextos em que a pessoa se encontra. Por fim, as transições organizacionais referem-se a transformações a nível social, político e económico (Meleis, 2010). É importante destacar que a pessoa pode experienciar mais do que uma transição em simultâneo. Os padrões de transição podem ser classificados como simples ou múltiplos, sequenciais (ocorrem em intervalos de tempos distintos), simultâneos, relacionados ou não relacionados (Meleis et al., 2000). As transições são processos complexos e multidimensionais, também caracterizados por diversas propriedades interligadas, como a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o período de tempo e os eventos críticos (Ribeiro et al., 2021a).

A compreensão das experiências vividas durante as transições depende, essencialmente, do conhecimento das condições pessoais, da comunidade e da sociedade. As condições pessoais incluem os significados, crenças, atitudes, condições socioeconómicas, preparação e o conhecimento. As condições da comunidade e da sociedade referem-se ao apoio familiar e social, recursos instrumentais, representação social e estereótipos (Meleis et al., 2000).

Uma transição saudável é avaliada com base nos padrões de resposta ao longo do processo, através de indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo refletem a

forma como a transição ocorre e incluem: sentir-se ligado aos familiares, amigos e profissionais; interagir com os outros; estar situado no tempo, espaço e relações; desenvolver confiança e adotar estratégias de *coping*. Estas estratégias traduzem-se na compreensão dos processos envolvidos na mudança, na utilização dos recursos disponíveis e na implementação de mecanismos que promovam a confiança e a adaptação à nova realidade. Os indicadores de resultado medem a diferença entre a situação atual e a esperada, permitindo identificar o fim da transição e avaliar a evolução das competências adquiridas. Entre estes, destacam-se a mestria (domínio de novas competências) e a reformulação da identidade. A capacidade de desenvolver novas competências é crucial para concretizar a transição com sucesso e de forma saudável (Meleis et al., 2000; Silva et al., 2019).

Durante o processo de transição, as intervenções terapêuticas de enfermagem devem ser contínuas, visando promover o conhecimento e a capacidade da pessoa, desencadeando respostas positivas que favoreçam a adaptação e contribuam para o bem-estar (Meleis et al., 2000). Os enfermeiros ocupam um lugar de destaque para intervir em todas as fases da transição, desde a preparação da pessoa e da família até ao acompanhamento das suas necessidades psicossociais (Meleis, 2010).

O EEER presta cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida, com foco na prevenção da doença e na promoção da adaptação, desempenhando um papel fundamental no acompanhamento de quem vive uma transição (Silva et al, 2019). Possui competências para identificar os problemas e as necessidades, planeando e implementando intervenções de ER direcionadas para facilitar esses processos de transição (Ribeiro et al., 2021a). É imprescindível observar como a pessoa, família/cuidador enfrentam a nova condição física, mental, social e económica, bem como as suas expectativas. Essa perceção é essencial para uma transição saudável e, se comprometida, exige uma intervenção precoce do EEER (Ribeiro et al., 2021a). No contexto das condições facilitadoras e inibidoras das transições, é importante que o EEER compreenda os fatores pessoais, da comunidade e da sociedade, uma vez que podem exigir terapêuticas de enfermagem específicas que promovam respostas positivas às transições vivenciadas (Ribeiro et al., 2021a).

A vivência das transições é um processo complexo que gera vulnerabilidade, e as dificuldades sentidas ao longo deste percurso representam desafios para os EEER, que devem apoiar a

pessoa e família na gestão dessas mudanças. Na prática do EEER, este referencial teórico auxilia na compreensão da pessoa e da sua família/cuidador em qualquer fase da transição, promovendo uma adaptação mais consciente e saudável. O EEER desempenha um papel crucial na facilitação da transição, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e autonomia, melhorando assim a qualidade de vida da pessoa (Ribeiro et al., 2021a; Silva et al., 2019).

2.1.3. Análise de Conceitos

Na construção do conhecimento em Enfermagem, os enfermeiros identificam e definem conceitos que representam os fenómenos relevantes para os cuidados de enfermagem, estabelecendo relações entre eles (José & Sousa, 2021). É imprescindível definir os conceitos que abordamos ao longo do relatório, uma vez que ajudam a organizar e a estruturar o conhecimento. Serão definidos os conceitos de independência, funcionalidade, autonomia e capacitação e literacia em saúde, pois permitem fundamentar o papel do EEER na reabilitação da pessoa com AVC, garantindo uma abordagem coerente e baseada em evidência científica.

Na avaliação das necessidades funcionais, os conceitos de dependência e funcionalidade são fundamentais, constituindo o alicerce da prática dos EEER e orientando a sua intervenção especializada. A independência refere-se à capacidade da pessoa realizar as suas atividades sem ajuda de outros ou recorrendo à mínima ajuda possível. É considerado um aspeto fundamental para o autocuidado, promovendo o bem-estar da pessoa. A dependência caracteriza-se pela incapacidade de executar essas atividades sem auxílio, comprometendo o bem-estar da pessoa (Petronilho et al., 2021).

De acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a funcionalidade diz respeito ao desempenho das funções corporais, à integridade das estruturas do corpo e à capacidade da pessoa para realizar atividades e participar ativamente na sociedade. Reflete os aspetos positivos da interação entre a pessoa, a sua condição de saúde e os contextos que a rodeiam (Organização Mundial da Saúde, 2008). O EEER adota uma abordagem centrada no potencial de recuperação da pessoa, procurando maximizar a sua funcionalidade nos diferentes domínios, como o físico, cognitivo, psicológico e social. Para isso, avalia não apenas as limitações, mas também as capacidades existentes, promovendo

estratégias que favoreçam a adaptação. Quando necessário, recorre a recursos, como produtos de apoio, para otimizar a independência e a qualidade de vida (Petronilho et al., 2021).

Na relação entre os profissionais de saúde e a pessoa, espera-se que a autonomia seja um princípio fundamental. Respeitar a autonomia implica reconhecer a capacidade individual para tomar decisões alinhadas com os seus valores e crenças, bem como criar condições que permitam e incentivem o seu exercício (Dzeng, 2019). O conceito de autonomia é multidimensional, exigindo que a pessoa possua capacidades intelectuais, cognitivas, sociais, e físicas, bem como inteligência emocional. No entanto, devido às condições de doença, muitas vezes é difícil observá-la de forma plena. Apesar disso, é possível uma aproximação plausível, sendo necessária a introdução de todos os fatores essenciais para a total manifestação da autonomia. A enfermagem valoriza intervenções que visam a obtenção do consentimento informado e a promoção da capacidade para a realização das AVD, mostrando respeito pelo conceito da autonomia (Lima et al., 2021). A autonomia, proporcionada pelo conhecimento, deve ser acompanhada de uma consciencialização e responsabilização ativa por parte da pessoa, estimulando a sua participação no desenvolvimento de competências de autocuidado e na adoção de comportamentos que favoreçam a saúde e a gestão dos processos de saúde-doença (Petronilho et al., 2021).

O respeito e a autonomia da pessoa conduzem ao empoderamento, incentivando o seu envolvimento ativo no processo de cuidados. Para isso, é fundamental disponibilizar informação e suporte, permitindo que se sinta confiante e capacitada para tomar decisões sobre a sua saúde (Vasconcelos, 2021). O empoderamento consiste na construção de um ambiente que favorece a autonomia da pessoa na gestão da sua vida, colocando-a como protagonista das suas decisões. O agente empoderador atua como facilitador, fornecendo ferramentas para a tomada de decisão e o controlo dos desafios. Desenvolve-se intervenções como “promover”, “otimizar”, “colaborar” e “reforçar” (Melo, 2024).

A capacitação é uma fase inicial do empoderamento, focada na promoção do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades, fundamentais para que as intervenções empoderadas sejam bem-sucedidas. Nesta etapa, os agentes de capacitação fornecem os conhecimentos necessários e assumem o controlo e a monitorização do processo (Melo, 2024). Para

compreender o conceito de capacitação, é essencial entender que a capacidade representa o nível máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode alcançar nas atividades diárias e na participação social. A capacidade é avaliada num ambiente controlado ou padronizado, permitindo identificar o seu verdadeiro potencial, independentemente das influências externas. Os fatores ambientais desempenham um papel importante nesta avaliação, pois ajudam a descrever as condições do ambiente em que a capacidade é medida. Por sua vez, a incapacidade refere-se a deficiências, dificuldades na realização de atividades e restrições na participação social. Representa os aspetos adversos da interação entre a condição de saúde da pessoa e os fatores ambientais e pessoais, destacando os desafios que comprometem a sua autonomia e integração na sociedade (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Capacitar é um processo multidimensional que integra conhecimento, envolvendo a aquisição e aplicação de saberes moldados por valores individuais e influenciados por aspetos sociais, culturais e religiosos. No âmbito pessoal, reflete-se na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, essenciais para a funcionalidade, independência e qualidade de vida. Para promover a capacitação, é necessária uma avaliação contínua e centrada nas necessidades da pessoa, determinando a sua capacidade para desempenhar atividades específicas do autocuidado. Essa avaliação deve focar-se no potencial de melhoria da pessoa, a nível físico, psicológico e social, permitindo-lhe desenvolver mestria ao longo do *continuum* de cuidados (Petronilho et al., 2021; Reis & Bule, 2023).

Na perspetiva da teoria do autocuidado, a capacitação tem como principal objetivo responder às necessidades de autocuidado da pessoa, facilitando a sua recuperação e promovendo a funcionalidade e independência. É planeada através de uma abordagem sistémica, podendo assumir diferentes níveis de intervenção: compensatórias, parcialmente compensatórias ou educativas. As intervenções compensatórias são realizadas exclusivamente pelo enfermeiro, enquanto as parcialmente compensatórias envolvem a participação ativa da pessoa nos cuidados prestados. As intervenções educativas visam fornecer conhecimentos e desenvolver competências que promovam a capacitação do autocuidado (Reis & Bule, 2023). Realizam-se intervenções como “ensinar”, “informar” e “instruir” (Melo, 2024).

Tendo em conta que a capacitação está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento de conhecimentos e competências, torna-se essencial abordar a literacia em saúde, uma vez que

influencia diretamente a capacidade da pessoa para compreender, assimilar e aplicar informação na gestão do seu projeto de saúde.

A literacia em saúde é uma ferramenta essencial na promoção da saúde, definida como a capacidade da pessoa para obter, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde, permitindo-lhe tomar decisões informadas e conscientes. Estas competências aliadas à motivação e ao conhecimento, são fundamentais para adotar comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Neste contexto, surge o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento, que visa fortalecer os níveis de literacia em saúde da população, promovendo ecossistemas que incentivem a saúde, o bem-estar e a capacitação para a tomada de decisão (Direção-Geral de Saúde, 2023).

2.2. A pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Durante o percurso MER, tive a oportunidade de intervir em todos os processos inerentes à prática da ER, permitindo o desenvolvimento de competências fundamentais na prestação de cuidados nos diferentes contextos clínicos. No EP direcionei a minha prática para a reabilitação da pessoa com AVC, dado o contexto da Unidade de AVC. Em contexto hospitalar, a intervenção precoce na reabilitação da pessoa com AVC assume-se como uma necessidade prioritária, especialmente na fase aguda, dada a sua importância na maximização da recuperação funcional, na estimulação da neuroplasticidade e na prevenção de complicações, visando a promoção de ganhos funcionais e melhoria da qualidade de vida. Desta forma, defini como foco de investigação a intervenção precoce em AVC, aprofundando o conhecimento teórico e científico para fundamentar a prática e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O processo de envelhecimento pode resultar em alterações funcionais e numa maior vulnerabilidade a doenças de início insidioso, como as patologias vasculares (Figueiredo et al., 2023). As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte em todo o mundo, responsáveis por 17,9 milhões de mortes por ano, englobando a doença isquémica cardíaca e as doenças cerebrovasculares (Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2017; World Health Organization, 2023). As doenças cerebrovasculares referem-se a alterações no fluxo sanguíneo do cérebro por isquémia ou hemorragia nos vasos sanguíneos cerebrais, onde se

englobam o AVC, Acidente Isquémico Transitório, estenose carotídea e aneurismas cerebrais (American Association of Neurological Surgeons, 2024). São consideradas patologias complexas e constituem um desafio na prevenção, diagnóstico e tratamento (Gomes et al., 2021).

O AVC é uma doença neurológica aguda que se manifesta pela instalação súbita de sintomas e sinais localizados do encéfalo, resultantes da perda de função da área afetada. É classificado como isquémico ou hemorrágico (Canhão & Melo, 2023). Constitui a segunda principal causa de morte e o principal responsável pela incapacidade a nível mundial (World Health Organization, 2022). Em Portugal, no ano de 2022 foi a principal causa de mortalidade, contabilizando 9.616 mortes, correspondendo a 7,7% do total de mortes registadas (Instituto Nacional de Estatística, 2024). A sua incidência aumenta com a idade, mas também pode ocorrer em crianças e jovens. É mais comum nos homens, embora em adultos jovens possa ser semelhante entre sexos ou superior nas mulheres, devido a fatores hormonais. Em idades avançadas, a maior longevidade feminina contribui para uma maior incidência nas mulheres (Canhão & Melo, 2023).

Na sua etiologia, o AVC isquémico pode ser resultante da diminuição da perfusão cerebral, geralmente causada pela estenose de uma artéria cerebral, frequentemente de origem aterosclerótica, mas também pode ser associada a outras lesões vasculares, como disseção, vasculite ou outras arteriopatias. Além disso, também pode ocorrer devido a um embolismo, resultante da oclusão de uma artéria por um trombo de origem próxima, arterial ou cardíaca (Canhão & Melo, 2023). No AVC hemorrágico, a hemorragia intracerebral caracteriza-se pela acumulação de sangue no parênquima cerebral, podendo localizar-se nos núcleos profundos dos hemisférios, nos lobos cerebrais ou na fossa posterior. A hemorragia subaracnóidea é provocada pela rotura de um aneurisma cerebral. A diferenciação entre AVC isquémico e hemorrágico é realizada através de uma tomografia axial computadorizada crânio-encefálica precoce (Canhão & Melo, 2023). Os diferentes tipos de AVC têm características próprias que requerem tratamento e reabilitação específica, o que realça a importância do conhecimento da tipologia do AVC e da localização das lesões (Gomes et al., 2021).

O encéfalo é irrigado pelos sistemas carotídeo e vertebrobasilar, que apresentam anastomoses entre si. O sistema carotídeo é constituído pela artéria carótida direita, artéria cerebral média

e artéria cerebral anterior. A maior parte do fluxo da artéria carótida interna segue para a artéria cerebral média, sendo este território arterial onde o AVC é mais frequente. Um dos principais ramos da artéria carótida interna é a artéria oftálmica que irriga o nervo ótico e a retina. O sistema vertebrobasilar é constituído pelas duas artérias vertebrais que se unem e originam a artéria basilar. As artérias carótidas e os seus ramos constituem a circulação anterior e as vertebrais e os seus ramos constituem a circulação posterior (Canhão & Melo, 2023).

O AVC apresenta sinais e sintomas de compromisso neurológico, como alterações do estado de consciência, alterações do campo visual e movimento ocular, disartria, apraxia, ataxia, disartria, disfagia, diminuição da força muscular e diminuição da sensibilidade (Gomes et al., 2021). No Apêndice I, encontram-se os quadros clínicos mais frequentes do AVC isquémico e hemorrágico, tendo em conta a área da lesão.

A gestão dos fatores de risco é uma estratégia eficaz para diminuir as complicações associadas ao AVC (Saraiva et al., 2023). Os fatores de risco vascular são características que, quando presentes, elevam a probabilidade de ocorrência deste evento podendo ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis são a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardíacas, tabagismo, dislipidémia, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e o consumo de substâncias ilícitas. Os não modificáveis incluem a idade, o sexo, a raça/etnia, a história familiar e alterações genéticas. Algumas patologias cardíacas, como a fibrilhação auricular, são especialmente associadas ao aumento do risco de AVC (Canhão & Melo, 2023).

A *Stroke Alliance for Europe* e a ESO, no seu plano de ação Europeu para o AVC 2018-2030, definiram metas em várias áreas que envolvem a pessoa, a população, os profissionais de saúde e os políticos, abrangendo a prevenção primária, cuidados agudos, prevenção secundária, reabilitação, avaliação de resultados e vida após um AVC. Os objetivos principais incluem reduzir em 10% o número da pessoa com AVC na Europa, cuidar 90% das pessoas em unidades especializadas, implementar planos nacionais de cuidados e adotar estratégias de saúde pública para promover um estilo de vida saudável e reduzir fatores de risco ambientais, socioeconómicos e educacionais (Stroke Alliance for Europe & European Stroke Organization, 2018).

Segundo a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, uma abordagem eficaz ao AVC requer atenção em todas as fases de intervenção, desde a educação da população, a abordagem pré-hospitalar, assistência na fase aguda e pós-aguda e os cuidados de reabilitação. A criação das Unidades de AVC e a implementação da Via Verde do AVC desempenharam um papel crucial na diminuição da mortalidade por AVC na última década, além de melhorar significativamente os cuidados em Portugal (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2022). A via verde do AVC é uma estratégia destinada à identificação, encaminhamento e tratamento precoce da pessoa com AVC. Segundo os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, em 2023 foram encaminhadas 8.796 pessoas com suspeita de AVC através da via verde do AVC para os hospitais de referência. Traduz-se num aumento de 1.920 casos em comparação com 2022. Este aumento pode ser explicado pelo contacto precoce do 112 ou da linha da saúde 24. O distrito de Lisboa registou o maior número de casos, com 1.665 ocorrências (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2024).

Uma unidade de AVC é um serviço hospitalar dedicado ao tratamento agudo da pessoa com AVC, onde os cuidados prestados são baseados numa abordagem multidisciplinar, envolvendo uma equipa especializada e diferenciada. Esta unidade visa reduzir o tempo de internamento, minimizar a incapacidade funcional e prevenir complicações após um AVC. Para isso, promove o início precoce do tratamento e da reabilitação, a prevenção da progressão do AVC, a identificação dos fatores de risco, a implementação de estratégias preventivas, o tratamento das comorbilidades e a definição de planos de alta hospitalar adequados (Gomes et al., 2021). Na sua meta-análise, Langhorne et al. (2020) encontraram evidências de que pessoas que sofreram um AVC e receberam cuidados em unidades especializadas com equipas multidisciplinares, apresentam maior probabilidade de sobreviver, manter independência e permanecer no seu domicílio um ano após um AVC, em comparação com as cuidadas em unidades convencionais.

O AVC é considerado uma emergência médica cujo reconhecimento exige uma intervenção imediata, dado que, em determinadas situações, existem tratamentos que podem melhorar o prognóstico quando realizados de forma precoce (Canhão & Melo, 2023). No AVC isquémico, o tempo de evolução dos sintomas é um dos fatores determinantes para o tratamento na fase

aguda. O tratamento trombolítico com *alteplase* pode ser indicado até quatro horas e meia após o início dos sintomas, enquanto o tratamento endovascular pode ser realizado até seis horas. Se o momento de início dos sintomas for desconhecido, considera-se o último momento em que a pessoa estava bem. Caso o tempo de evolução ultrapasse essas janelas terapêuticas, a utilização de imagens avançadas permite identificar tecido cerebral viável para tratamentos de reperfusão. Em casos de oclusão de grande vaso intracraniano pelos exames de imagem, a abordagem envolve angiografia cerebral e remoção mecânica do trombo, utilizando *stent retriever* ou por aspiração (Canhão & Melo, 2023).

Entre 2015 e 2017, Portugal posicionou-se entre os países europeus com taxas mais elevadas de tratamento endovascular. No entanto, o acesso é desigual, favorecendo os distritos mais próximos dos centros de tratamento, enquanto as regiões do Sul e do interior enfrentam maiores dificuldades. Esta disparidade reforça a necessidade de reorganizar os serviços de saúde para garantir equidade no acesso e sensibilizar a importância do tratamento precoce do AVC (Dias et al., 2022).

No AVC hemorrágico, na hemorragia intracerebral, o hematoma pode aumentar nas primeiras horas, sendo que o tratamento incide em diminuir a sua expansão. Nesse sentido, é recomendado o uso precoce de terapêutica anti-hipertensiva de ação rápida e semivida curta, com labetalol ou urapidilo. Na hemorragia subaracnoideia, existem duas abordagens terapêuticas: a neurocirúrgica com a colocação de um clip metálico no colo do aneurisma, e a endovascular com o preenchimento do saco do aneurisma com espiras, balões ou *stents* nas artérias de origem, favorecendo a trombose (Canhão & Melo, 2023).

A pessoa após um AVC pode apresentar alterações na visão, motricidade facial, comunicação, deglutição, mobilidade, sensibilidade, eliminação, sexualidade e também a nível emocional, social e cognitivo. O prognóstico é determinado pelos défices neurológicos existentes e está relacionado com a área cerebral atingida, a gravidade e a extensão da lesão, e o estado de saúde da pessoa (Menoita et al., 2012). Lesões a nível da artéria cerebral média provocam sequelas mais significativas, resultando em dependência nas AVD. Por outro lado, a nível das pequenas artérias geralmente a recuperação funcional é mais favorável e a letalidade menor (Canhão & Melo, 2023). A idade é um fator relevante, pois um cérebro mais jovem possui uma maior capacidade de adaptação funcional (Menoita et al., 2012).

Na abordagem à pessoa com AVC na fase aguda, o enfermeiro desempenha um papel crucial na equipa multidisciplinar, assegurando a monitorização cardiorrespiratória e neurológica, bem como a administração da terapêutica indicada. A sua atuação envolve uma vigilância contínua e rigorosa, identificação de necessidades e riscos, formulação de diagnósticos e intervenções. Além disso, participa na mobilização e reabilitação precoce, na prevenção e resposta a complicações e na preparação para a alta, promovendo o envolvimento da família e cuidadores como parceiros no processo de cuidados (Gomes et al., 2021).

A reabilitação neurológica tem como objetivo promover a autonomia funcional em todos os contextos onde a pessoa está integrada (Gomes et al., 2021). Vários autores enunciam que a reabilitação deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que o AVC tem um impacto profundo na funcionalidade, limitando as AVD e restringindo a participação social da pessoa (Araújo et al., 2021; Canhão & Melo, 2023; Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2022). De acordo com a *Canadian Best Practise Recommendations for Stroke Care*, enunciada na Norma nº054/2011 da Direção-Geral da Saúde relativa à prescrição de reabilitação, a avaliação da pessoa com AVC agudo para determinar a gravidade do AVC e as necessidades de reabilitação deve ser realizada por profissionais especializados o mais precoce possível (Nível de Evidência A) e nas primeiras 24 a 48h (Nível de evidência C) (Direção-Geral da Saúde, 2011). Diretrizes mais recentes da *American Heart Association* e *American Stroke Association*, que orientam a reabilitação da pessoa adulta com AVC, afirmam também o início precoce da reabilitação. No entanto, a mobilização intensiva nas primeiras 24 horas após um AVC pode comprometer a recuperação a longo prazo, não sendo, por isso, recomendada (classe 3 - nível de evidência A) (Winstein et al., 2016).

O momento ideal para iniciar a reabilitação é determinante, dado que na fase aguda, o cérebro apresenta maior recetividade, criando condições ideais para a neuroplasticidade e favorecendo a recuperação funcional (Aderinto et al., 2023). A neuroplasticidade refere-se à capacidade do cérebro de se reorganizar e adaptar em resposta a experiências ou após uma lesão cerebral. Este mecanismo é essencial para a recuperação após um AVC, sendo a reabilitação direcionada para potenciar esse processo ao longo da recuperação da pessoa (Kennedy, 2021). A implementação precoce e contínua da reabilitação é essencial para maximizar os resultados a longo prazo, aproveitando ao máximo a capacidade adaptativa do

cérebro. A neuroplasticidade facilita a aprendizagem adaptativa e a aquisição de competências, permitindo a melhorias a nível motor. Intervenções como a terapia do espelho e a estimulação sensorial potenciam a neuroplasticidade, estimulando a ativação das áreas afetadas (Aderinto et al., 2023).

A reabilitação exige o envolvimento de uma equipa multidisciplinar com a pessoa, família, cuidadores, onde o EEER está incluído. A comunicação e coordenação entre a equipa são essenciais para uma reabilitação eficaz, garantindo uma abordagem integrada (Winstein et al., 2016). O EEER assume um papel fundamental na intervenção junto da pessoa com AVC, promovendo a sua adaptação da família aos processos de transição saúde-doença e dependência. A sua intervenção inicia-se pela avaliação precisa que lhe permite estabelecer diagnósticos e elaborar um programa de reabilitação (Marques-Vieira et al., 2023). Deste modo, é imprescindível uma avaliação completa realizada através do processo clínico, dos exames complementares de diagnóstico e da entrevista. A colheita de dados centra-se na identificação da pessoa relativamente aos fatores de risco, antecedentes pessoais e familiares, contexto social e habitacional (Menoita et al., 2012).

A avaliação neurológica permite compreender qual é a zona cerebral afetada e qual a artéria envolvida (Canhão & Melo, 2023). A realização do exame neurológico é fundamental para a elaboração de um plano de ER e para o sucesso da reabilitação. A avaliação inclui o estado mental (estado de consciência, orientação, atenção, memória, capacidades práticas, negligência hemiespacial unilateral e linguagem), pares cranianos, motricidade (força muscular, tónus muscular e coordenação motora), sensibilidade, equilíbrio e marcha (Menoita et al., 2012). Dirigida à pessoa com AVC, existe uma escala específica para a avaliação do estado neurológico, que abrange alguns dos parâmetros mencionados acima: a *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*. A *NIHSS* é uma escala numérica validada que avalia 11 itens: nível de consciência, movimentos oculares e campos visuais, paresia facial, função motora, sensibilidade, ataxia dos membros, linguagem, disartria e extinção ou inatenção. Esta escala tem como objetivo quantificar a gravidade e os défices neurológicos após um AVC (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2024).

O EEER intervém na promoção e maximização da capacidade funcional e de independência da pessoa. Tem a competência de elaborar planos de intervenção focados nas diversas áreas:

motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, alimentar, sexual e eliminação (Regulamento nº392/2019). Sendo que a maioria das pessoas com AVC regressa ao domicílio, é importante compreender o processo de saúde-doença, avaliar os recursos disponíveis e fortalecer as relações familiares para promover uma transição saudável. É assim fundamental ensinar, instruir e treinar a família/cuidador, respeitando as suas características e dificuldades, para que possa gerir a nova situação e continuar os cuidados de forma eficaz, promovendo o desenvolvimento da mestria (Gomes et al., 2021). No entanto, no contexto de internamento agudo como o do EP, essa intervenção pode ser limitada devido às condições clínicas da pessoa e à duração reduzida do internamento, o que pode comprometer a capacidade de realizar uma capacitação eficaz da família/cuidador.

2.3. Enfermagem de Reabilitação e a intervenção precoce à pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Dada a complexidade das alterações que podem surgir na pessoa após um AVC, torna-se fundamental compreender as melhores práticas de cuidados de ER no contexto hospitalar, visando otimizar a recuperação e a funcionalidade da pessoa na fase aguda. Para tal, reconheci a necessidade de realizar uma revisão narrativa permitindo a atualização do conhecimento para promover uma intervenção precoce na pessoa com AVC. A pesquisa bibliográfica foi realizada na plataforma EBSCOhost com limitação temporal dos últimos 5 anos (2020-2025). Considerei a população alvo *“Stroke”*, o contexto *“Hospitalizacion”*, a intervenção *“Rehabilitation or Nursing or Functionality”* e os resultados *“Swallowing or Neglet or Mobility or Paresis or Elimination or Self-Care”*.

O EEER assume um papel primordial no processo de capacitação, direcionando a sua intervenção para os domínios do conhecimento e da aprendizagem de capacidades, implementando ações para a obtenção de indicadores positivos no processo de transição (Sousa et al., 2020). Esta intervenção está alinhada com as suas competências relacionada com a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação e maximização da funcionalidade fortalecendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº392/2019). Uma revisão sistemática da literatura de Godinho de Matos & Simões (2020) destaca a importância do EEER na educação para a saúde e na capacitação da pessoa e

família/cuidador, integrando abordagens psicológicas, cognitivas e físicas desde a admissão no internamento. A conceção, implementação e avaliação de programas de Reeducação Funcional Motora (RFM) promovem a adesão e continuidade da reabilitação após a alta hospitalar.

Numa fase aguda, as alterações da deglutição afetam mais de 50% das pessoas após um AVC, aumentando o risco de complicações como pneumonia por aspiração, desnutrição e desidratação, podendo estar associada a um número elevado de mortalidade (Dziewas et al., 2021). Na deglutição comprometida, a reabilitação visa garantir uma deglutição eficaz para assegurar uma alimentação e hidratação adequadas, minimizando o risco dessas complicações. Deve incluir reeducação da função motora e respiratória, bem como autocuidados, comer e beber (Araújo et al., 2021; Sá et al., 2023).

Num estudo exploratório, Sá et al. (2023) analisaram os efeitos de um programa de ER a pessoas com AVC com alterações da deglutição, até o momento da alta. Constataram que o compromisso da deglutição estava associado a scores mais altos na *NIHSS* e que a maioria dos participantes apresentaram melhorias na capacidade de deglutição após um programa de ER específico e estruturado. Este programa envolveu RFM com exercícios musculares da face, estimulação sensitiva e motora com variação de sabores, estimulação térmica/tátil e massagem. Incluiu também um programa de RFR focado na melhoria da ventilação, padrão respiratório e mecânica respiratória, permeabilidade das vias aéreas, fortalecimento da dos músculos respiratórios e ensino da tosse. Foram aplicadas estratégias facilitadoras da deglutição durante as refeições e/ou treinos de deglutição com adaptação da consistência alimentar, uso de espessante, dieta adaptada (mole ou pastosa), adaptação postural (flexão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são) e manobras específicas para facilitar o processo de deglutição. Este estudo revela a importância do EEER no diagnóstico da deglutição comprometida e no seu tratamento, sendo esta intervenção precoce crucial para a segurança da pessoa (Sá et al., 2023).

Um estudo realizado para avaliar a aplicação da escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) em Portugal, demonstrou que a avaliação precoce da deglutição realizada por enfermeiros, em pessoas com AVC reduz a incidência de complicações graves como a pneumonia. Os resultados evidenciaram uma excelente confiabilidade inter-observadores, sugerindo que a versão

portuguesa do *GUSS* é um instrumento fiável, simples, de fácil aplicação e adequado para a avaliação à cabeceira. Representa a primeira tentativa conhecida de validar uma ferramenta de avaliação das alterações da deglutição à pessoa com AVC, em contexto agudo, na população portuguesa (Oliveira et al., 2021).

A negligência hemiespacial afeta cerca de 25% das pessoas após um AVC, comprometendo a sua funcionalidade e dificultando a realização das AVD. Num estudo de caso, foi implementado um programa de ER com estimulação do hemiespaço afetado, focando-se na facilitação cruzada, a uma pessoa internada com AVC em fase aguda. Este demonstrou uma diminuição da negligência hemiespacial de severa para moderada e uma melhoria de 20 pontos na funcionalidade através da avaliação da Medida de Independência Funcional. Verifica-se assim, a importância do EEER na promoção da consciencialização do hemiespaço afetado e na melhoria da funcionalidade da pessoa (Teixeira et al., 2023b). Numa *scoping review*, Amaro et al. (2024), também analisaram que a intervenção do EEER através da realização de facilitação cruzada, mobilizações passivas e estimulação sensorial do membro afetado promovem a reabilitação da negligência hemiespacial na pessoa após um AVC, visando maior independência nos autocuidados.

Numa fase inicial, a nível do movimento muscular, as intervenções realizadas pelo EEER visam readquirir o esquema corporal, estimular a sensibilidade proprioceptiva, inibir a espasticidade e melhorar a mobilidade, postura e equilíbrio (Menoita et al., 2012). As mobilizações começam por ser passivas, evoluindo para ativas-assistidas e ativa-resistidas, dependendo da evolução e tolerância da pessoa. Devem ser realizadas em todos os segmentos e em toda a amplitude de movimento normal, de forma lenta e suave (Araújo et al., 2021).

A hemiplegia e hemiparesia constitui a principal causa de incapacidade atualmente e surge em 50-80% dos casos (Gomes et al., 2021). Um estudo prospetivo, realizado com 97 pessoas idosas após um AVC, conclui que a intervenção precoce do EEER promove melhorias na função motora e sensorial dos membros superiores, reduz o impacto psicológico negativo e potencia a capacidade para a realizar as AVD (Yu et al., 2021). Freitas et al. (2022), através de um estudo de caso, constatam que a terapia de espelho, que envolve a incentivação da visualização do membro no espelho e perceção da imagem do membro afetado, mobilizações passivas do membro afetado e ativas do membro não afetado, mostra-se eficaz na recuperação funcional do

membro superior com paresia. Foram observados ganhos na independência, habilidade motora e amplitude de movimento do membro superior afetado. A terapia de espelho, ao promover a aprendizagem motora e a reorganização neural, utiliza entradas aferentes e *feedback* visual, permitindo que os movimentos realizados com o membro não afetado sejam interpretados como realizados pelo membro afetado (Freitas et al., 2022).

Hu & Liu (2021) explorou os efeitos da intervenção precoce da ER nas funções neurológicas à pessoa com hemiplegia após AVC. Esta investigação incluiu 123 pessoas com hemiplegia, das quais 53 receberam cuidados de ER diariamente e 70 apenas cuidados gerais de enfermagem. A reabilitação foi iniciada 24h após o diagnóstico do AVC à pessoa com estabilidade hemodinâmica. Os EEER elaboraram planos individualizados de ER com foco no movimento muscular, realizando intervenções direcionadas no posicionamento para o lado afetado e são de duas em duas horas, massagem, exercícios isométricos, mobilizações passivas do membro afetado e ativas do membro não afetado. Os resultados demonstram que uma intervenção estruturada e segura da ER contribui para a melhoria da função muscular, reduz a incidência de trombose venosa profunda e favorece a qualidade de vida da pessoa (Hu & Liu, 2021).

Santos et al. (2020) num estudo de caso de uma pessoa após um AVC, durante um internamento hospitalar de 30 dias, analisaram os ganhos em saúde após implementação de um programa de ER. O programa englobou exercícios musculares da face, mobilizações passivas do hemicorpo afetado em padrão anti-espástico, automobilizações dos membros superiores, atividades terapêuticas (ponte, rolamentos e facilitação cruzada), realização de pedaleira motorizada, treino de equilíbrio e treino de marcha com auxiliar de marcha. Os resultados demonstraram melhoria dos autocuidados, diminuição da paresia facial, equilíbrio, marcha e diminuição do risco de queda. No entanto, os autores destacam a necessidade de otimizar a gestão do tempo na intervenção, pois, em casos de internamentos mais curtos, a alta hospitalar ocorreria ainda com défices significativos, sugerindo a continuidade destes programas no domicílio. Salientam assim a importância da intervenção precoce e contínua do EEER, promovendo a recuperação funcional, a autonomia nas AVD e a reintegração social da pessoa com AVC.

Um estudo caso elaborado por Rocha et al. (2020), também revela que a implementação de um programa de ER que incluiu mobilizações a nível do hemicorpo afetado, atividades

terapêuticas (ponte, rolamento para o lado são e afetado e facilitação cruzada), automobilizações do membro superior e treino de equilíbrio, resultou na melhoria da força muscular, equilíbrio e na funcionalidade de uma pessoa idosa com AVC, após 10 sessões.

Numa revisão sistemática da literatura, Alves & Grilo (2022) identificaram que, em contexto agudo, a reabilitação respiratória beneficia também a pessoa com doença neurológica, como o AVC, demonstrando melhorias no desempenho das AVD após a intervenção.

As alterações relacionadas com a eliminação, nomeadamente a incontinência urinária são muito prevalentes após um AVC, impactando a pessoa afetada e a sua família/cuidador. Para além das implicações físicas, esta condição tem repercussões psicológicas, sociais e económicas significativas. O EEER encontra-se capacitado para implementar intervenções eficazes (Cunha et al., 2021). No estudo de casos múltiplos, Braga et al. (2023) implementaram um programa de ER à mulher com incontinência urinária após um AVC até à alta hospitalar. Os resultados demonstram diminuição da urgência urinária e da quantidade de urina perdida e melhoria da confiança, após 14 a 30 sessões. As intervenções basearam-se no controlo e dissociação dos tempos respiratórios, posições de relaxamento, contrações isométricas dos glúteos e abdominais na posição de sentado e ortostática, programação da micção programada a cada duas horas durante o dia e quatro horas à noite e na realização da ponte. O estudo reforça a importância da intervenção do EEER na reabilitação da pessoa com incontinência urinária com AVC, promovendo ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida.

Os estudos analisados evidenciam a importância da intervenção precoce do EEER na implementação de programas de RFM, RFR, função eliminação e autocuidados, na fase aguda, promovendo a funcionalidade e melhoria da qualidade de vida da pessoa, desde a admissão até à alta hospitalar. No entanto, embora a literatura explore diversas áreas da reabilitação na pessoa com AVC, verifica-se ainda uma lacuna significativa no que diz respeito à intervenção precoce de ER em contexto de internamento de curta duração, evidenciando a necessidade de mais estudos que investiguem estratégias eficazes para otimizar a recuperação nesse período.

2.4. Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral

A intervenção do EEER deve ser estruturada, sendo fundamental integrá-la no processo de enfermagem, assegurando uma abordagem sistematizada e sustentada na melhor evidência científica. O processo de enfermagem, enquanto metodologia estruturante da prática profissional, permite a avaliação contínua das necessidades da pessoa, a definição de diagnósticos precisos e a implementação de planos de cuidados individualizados, garantindo uma resposta adequada e a recuperação funcional (Marques-Vieira & Gonçalves, 2021). Permite uma organização e o desenvolvimento dos cuidados de forma sistemática, com vista a atingir os objetivos propostos. É uma aplicação específica do método científico que orienta a tomada de decisão do enfermeiro e se aplica a diversos contextos e situações de saúde. Durante esse processo, o enfermeiro, em parceria com a pessoa, desenvolve um plano de cuidados específico e personalizado, garantindo uma abordagem individualizada e centrada nas necessidades da pessoa (Alves et al., 2024).

A promoção da uniformização da linguagem utilizada pelos enfermeiros também é crucial, garantindo maior precisão e eficácia na prática clínica (Ribeiro et al., 2021b). A CIPE® fornece uma terminologia padronizada que reflete tanto as observações dos enfermeiros, expressas em diagnósticos e resultados, quanto as intervenções realizadas para responder às necessidades de saúde das pessoas (International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Perante que está regulamentado, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação diferenciados, atendendo aos problemas potenciais da pessoa, com o objetivo a maximização do potencial da pessoa (Regulamento nº392/2019). No processo de tomada de decisão, o EEER assume cada vez mais um papel ativo na implementação do processo de enfermagem em diferentes contextos da prática profissional. A sua intervenção destaca-se pelo desenvolvimento de um raciocínio clínico centrado na capacitação, empoderamento, promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida das pessoas, com especial enfoque naquelas que enfrentam processos de transição, principalmente de saúde-doença. A implementação intencional e estruturada do processo de enfermagem não só eleva a

qualidade dos cuidados prestados, como também fortalece a visibilidade e o reconhecimento profissional do EEER (Ribeiro et al., 2021b).

Em conformidade com o Padrão Documental dos Cuidados de ER, a intervenção precoce à pessoa com AVC, tem como principais focos de atenção, nos domínios do conhecimento e aprendizagem de cuidados: andar; andar com auxiliar de marcha; autocuidado (arranjar-se, beber, comer, higiene, ir ao sanitário, vestuário); comunicação; défice sensorial; deglutição; equilíbrio corporal; espasticidade; limpeza das vias áreas; movimento muscular; paresia e ventilação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

A constante evolução do mundo e a crescente complexidade dos contextos de saúde exigem da profissão de enfermagem uma reflexão contínua e a procura incessante por competências diferenciadas. Para enfrentar os desafios emergentes, torna-se essencial compreender de forma aprofundada e fundamentada as experiências da pessoa no contexto saúde-doença. Assim, os enfermeiros devem desenvolver competências multidimensionais, bem como capacidade de adaptação e interação, ajustando as suas intervenções às diversas situações (Marques et al., 2024).

Nesta perspetiva, a atualização e a formação contínua tornam-se essenciais no desenvolvimento profissional do enfermeiro. A formação contínua é um processo que se inicia na formação inicial e se prolonga ao longo da vida, permite a especialização e a certificação de competências, garantindo respostas eficazes às exigências da população (Barata, 2023).

Sousa (2024), descreve a formação como um processo de aprendizagem que cria ferramentas essenciais para articular o desenvolvimento pessoal com as competências profissionais, atendendo às necessidades e motivações. Esse processo assenta em cinco pilares fundamentais: desenvolvimento pessoal, aprendizagem e formação, desenvolvimento profissional, contexto e a organização de saúde em que está inserido. No desenvolvimento pessoal, cada um de nós é protagonista do seu próprio desenvolvimento e maturidade, podendo envolver-se em processos reflexivos para aprofundar e adquirir conhecimentos sobre ciência, competências, atitudes e comportamentos. A maturidade resulta da adaptação contínua a novas experiências, enquanto o desenvolvimento envolve capacidades cognitivas, autoconhecimento e a valorização das experiências passadas, permitindo uma evolução constante. O planeamento da formação em saúde surge para antecipar as necessidades de melhoria das práticas e qualidade profissionais. A aprendizagem consiste no processo de aquisição de conhecimentos e saberes como resultado das experiências e da formação. Deve ser direcionado como um processo de transformação individual do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes). O desenvolvimento dos profissionais de saúde valoriza o conhecimento, a autonomia e a reflexão-na-ação, promovendo mudanças na prática e nos resultados. A adaptação a diferentes contextos exige maturidade e as

competências adquiridas ao longo da vida. As organizações devem investir na qualidade da formação e no treino, convertendo os conhecimentos individuais e coletivos em conhecimentos e competências comuns (Sousa, 2024).

Nesta lógica, o enfermeiro durante a formação integra equipas de trabalho e adapta-se aos diferentes contextos, vivenciando experiências que promovem um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. Esse percurso é fundamental para a construção da sua identidade pessoal e profissional. A socialização, entendida como a interiorização de valores, princípios, comportamentos e habilidades, aliada à diversidade dos contextos de prática, considerados poderosos sistemas formativos, é necessária para o processo educativo e formativo, potenciando o desenvolvimento de competências (Barata, 2023).

A competência é um conceito multidimensional que reflete a capacidade do enfermeiro de exercer a sua prática com segurança e eficácia, assumindo a responsabilidade profissional. É um processo contínuo de desenvolvimento intra e interpessoal, no qual as dimensões técnicas e relacionais se completam e se operacionalizam na prática. A reflexão surge da práxis e da interrogação da mesma, permitindo uma compreensão mais profunda da ação perante cada situação ou problema, sendo um elemento essencial para um compromisso no cuidado (Marques et al., 2024). A operacionalização da competência é baseada na existência de um conhecimento prévio que abrange o saber teórico e o saber prático (Barata, 2023).

Na construção de um perfil de excelência, os enfermeiros devem então integrar diferentes níveis do saber, refletindo criticamente através de experiências da prática. A prática refletida constitui um pilar fundamental na enfermagem, especialmente no processo de ensino-aprendizagem relacionado com o desenvolvimento de competências (Marques et al., 2024). O desenvolvimento de competências assume um papel determinante na maximização da funcionalidade e independência da pessoa com patologia aguda. A prestação de CEER requer não apenas conhecimento técnico e científico, mas também aptidões relacionais, capacidade de análise crítica e adaptação aos diversos contextos. Na prática do EEER, a aquisição de competências especializadas visa a melhoria da qualidade dos cuidados e a obtenção de ganhos concretos na recuperação da pessoa, refletindo-se na sua qualidade de vida. Este processo deve ser entendido como um percurso dinâmico, no qual a formação, a prática, a

reflexão e o treino se equilibram de forma contínua, sustentando um exercício especializado e qualificado em ER (Barata, 2023; Marques et al., 2024).

A necessidade de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a promoção da reflexão sobre o exercício especializado levou ao desenvolvimento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, que orientam a prática especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A ER contribui para ganhos em saúde ao responder de forma eficaz às necessidades da população, sendo essencial monitorizar esses ganhos através de indicadores sensíveis à prática do EEER. Dessa forma, o desenvolvimento profissional especializado, sustentado na prática clínica e na reflexão crítica, desempenha um papel fundamental na gestão da qualidade dos cuidados e na tomada de decisão do EEER (Gaspar et al., 2021).

O EP constituiu assim um espaço para aprendizagem, estruturado com base nos objetivos estabelecidos. Estas aprendizagens serão analisadas de forma contextualizada para promover a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, específicas de EEER e competências de Mestre.

3.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

O Enfermeiro Especialista detém competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade. A atribuição deste título implica a partilha de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de cuidados de saúde. Estas competências abrangem educação, orientação, liderança e a responsabilidade de promover e aplicar investigação relevante, contribuindo para a melhoria contínua da prática de Enfermagem (Regulamento nº140/2019).

Segundo o Regulamento N.º 140/2019, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (p.4745)

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o REPE e o Código Deontológico do Enfermeiro constituem instrumentos que norteiam a prática de enfermagem. A ética representa uma reflexão sobre o agir, orientando comportamentos que preservem a dignidade da pessoa humana e respeitem as suas crenças e valores (Vasconcelos, 2021).

Conforme o artigo 8.º do REPE, no exercício da sua prática, os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ministério da Saúde, 1996). Nos princípios gerais do Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de enfermagem devem ser orientadas pela defesa da liberdade e dignidade da pessoa e do enfermeiro (Lei n.º 156/2015). Na relação profissional, devem ser incutidos valores como “a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional.” (Lei n.º 156/2015, p. 8078).

A enfermagem centra-se na relação com o outro, em que cuidar se manifesta como um ato humanizador. O enfermeiro, enquanto agente de cuidado, deve adotar uma conduta técnica e ética para garantir essa humanização. A reflexão sobre as implicações do cuidar na prática de enfermagem evidencia a presença de um agir e de um cuidar ético, sustentados por uma responsabilidade profissional (Vasconcelos, 2021). Deste modo, é essencial refletir se apresentei uma conduta ética e deontológica na integridade em todas as relações com o outro. Em particular, questiono se respeitei a autonomia da pessoa, evitando influenciar as suas escolhas com as minhas próprias crenças, valores ou juízos de valor. É importante refletir se garanti que as decisões da pessoa fossem plenamente consideradas, incluindo-a ativamente na construção do seu plano de ER alinhado com as suas vontades e expectativas.

As pessoas que necessitam de cuidados especializados apresentam alterações a nível da sua funcionalidade e das suas capacidades de autocuidado, enfrentando desafios em assumir a sua autonomia funcional, relacionados com a capacidade de agir e não propriamente com a capacidade de decidir (Deodato, 2023; Nunes, 2024a). O enfermeiro tem de estar sensibilizado para cuidar da pessoa em toda a sua plenitude, considerando as múltiplas necessidades de conforto a nível das dimensões físicas, psicológicas, espirituais, socioculturais e ambientais (Marques et al., 2024). A intervenção do enfermeiro especialista é pautada pelo respeito por estas necessidades, tendo em conta as suas crenças, valores e desejos na prestação dos

cuidados. Dessa forma, promove-se um cuidado centrado na pessoa, que valoriza a sua dignidade para além das necessidades clínicas (Vasconcelos, 2021). O enfermeiro mobiliza capacidades e habilidades, valorizando a pessoa ao apresentar uma atitude de respeito pelos seus direitos, pela sua dignidade, privacidade, unicidade e subjetividade. Este percurso exige um compromisso profissional, dirigidos pelos princípios éticos da autonomia e da beneficência (Marques et al., 2024).

A autonomia tem sido cada vez mais reconhecida, e os enfermeiros têm envolvido ativamente a pessoa na tomada de decisão, reforçando o seu papel como parceira nos cuidados de saúde e promovendo a literacia em saúde. Esse respeito pela autonomia favorece a sua integração no processo de reabilitação e conceção do plano de cuidados de ER, capacitando-a a participar ativamente na gestão da sua saúde e tornando-a o elemento central na definição do seu projeto de vida e de saúde. Em situações que a pessoa não tem capacidade de decidir, o enfermeiro deve agir respeitando a dignidade humana procurando o melhor cuidado ou envolvendo a família/cuidador (Vasconcelos, 2021). O cuidado profissional do enfermeiro especialista tem como propósito apoiar a pessoa na continuidade dos seus projetos de vida e de saúde, promovendo o bem-estar e garantindo a melhor qualidade de vida possível (Nunes, 2024a).

A relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada é terapêutica e centrada na ajuda. Os enfermeiros focam-se na pessoa e na sua condição, frequentemente marcada por processos de transição saúde-doença. Muitas vezes, a pessoa encontra-se vulnerável devido à sua condição de saúde e à transição que vivencia (Vasconcelos, 2021). Contudo, continua a ser dotada de dignidade e dos direitos reconhecidos ao ser humano (Deodato, 2023).

Os princípios, os valores e os deveres deontológicos do enfermeiro especialista são universais e aplicáveis em todos os contextos de cuidados. Fundamentam-se na relação estabelecida com a pessoa que necessita de cuidados, permanecendo inalteráveis independentemente da sua condição (Deodato, 2023; Vasconcelos, 2021). Neste sentido, garanti que todas as decisões e intervenções fossem fundamentadas nos princípios éticos, no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais. Segui o princípio ético da beneficência, garantindo que a pessoa compreendesse os benefícios da intervenção e promovendo a sua recuperação funcional, utilizando os recursos disponíveis ao processo de reabilitação como: produtos de

apoio (cadeira de rodas, andarilho, bengalas, canadianas), espelho quadriculado, materiais de estimulação cognitiva e sensitiva), assegurando o seu bem-estar e sua segurança. Paralelamente, adotei o princípio da não maleficência, evitando causar qualquer dano desnecessário.

A justiça, frequentemente abordada como princípio, associa-se à verdade enquanto valor fundamental na prática profissional. Na transmissão de informação, a prática do enfermeiro especialista deve ser orientada por ambos, garantindo uma comunicação ética e transparente. Deve assegurar que a informação transmitida respeita os valores de verdade e justiça, ajustando-a à capacidade de compreensão de cada pessoa. A reflexão ética orienta a comunicação para responder às necessidades da pessoa cuidada e da família/cuidador, sem comprometer a privacidade da pessoa. A transmissão de informação deve ser realizada com verdade, sem omitir factos relevantes, sendo uma intervenção terapêutica baseada nas melhores práticas de comunicação em enfermagem (Deodato, 2023; Vasconcelos, 2021). Segundo *Potter et al. (2018)* (citado por José, 2021), na comunicação devemos adotar atitudes e comportamentos como: ser gentil, manter confidencialidade, promover confiança, mostrar disponibilidade, ser empático, escutar, respeitar, promover esperança, tocar e usar humor.

O respeito pela dignidade humana está intrinsecamente ligado ao respeito pela liberdade. Isso implica integrar a vontade da pessoa cuidada no planeamento e na prestação dos cuidados, garantindo o direito de aceitar ou recusar as intervenções. Além disso, exige respeitar as escolhas individuais sobre como os cuidados devem ser prestados. Esse compromisso materializa-se no dever de obter um consentimento livre e esclarecido, fundamentado nos valores, crenças e desejos da pessoa, refletindo assim o princípio da autonomia (Deodato, 2023).

No âmbito dos trabalhos desenvolvidos durante o EP, solicitei o parecer da comissão de ética da Escola Superior Atlântica, segundo as indicações expressas na Declaração de Helsínquia, para a realização do relato de caso clínico relativo à pessoa com AVC, que foi dado como positivo. A autorização das pessoas envolvidas nos dois relatos de caso clínico para a sua realização foi dada através do consentimento informado, livre e esclarecido, preservando a sua identidade, os seus dados e assegurando que todos os procedimentos respeitassem os princípios éticos e legais exigidos.

Posto isto, considero que ao longo do meu percurso no MER procurei assegurar uma prática pautada pela responsabilidade profissional, ética e legal, mantendo uma conduta ética e deontológica rigorosa cumprindo os documentos legais. A minha prática foi sustentada no respeito pelos direitos e valores individuais de cada pessoa, construindo uma relação terapêutica, adaptando a prestação de cuidados de enfermagem especializados às necessidades, desejos e contextos de cada pessoa e família/cuidador. Na elaboração dos trabalhos propostos a solicitação de pareceres à comissão de ética e dos consentimentos informados reforçam o compromisso com uma prática clínica responsável e com a proteção dos direitos dos envolvidos. Assim, considero ter desenvolvido esta competência, refletindo um exercício profissional consciente, responsável e alinhado com a enfermagem.

No âmbito das competências relacionadas com o domínio da melhoria contínua da qualidade, o reconhecimento, por parte dos profissionais, da importância da prática reflexiva no desenvolvimento de competências reforça a identidade e a autonomia da profissão, assumindo um papel crucial na melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Marques et al., 2024).

Segundo *Donabedian* (citado por Martins et al., 2024), a qualidade em saúde resulta da interação entre a ciência e tecnologia dos cuidados e a sua aplicação na prática, influenciada por três dimensões: técnico-científica, que envolve a aplicação do conhecimento na resolução dos problemas de saúde da pessoa; interpessoal, referente à relação entre o profissional e a pessoa cuidada; e ambiental, relacionada com as condições do contexto de saúde ligado a uma sensação de conforto e bem-estar. A qualidade dos cuidados de saúde constitui uma preocupação, sendo expectável que a qualidade dos cuidados prestados corresponda às expectativas da pessoa. A qualidade em saúde envolve várias áreas, nomeadamente a segurança, a acessibilidade, a oportunidade, a eficácia e eficiência (Sales & Pestana, 2024). A prestação de cuidados de ER com qualidade assenta em ferramentas como os Instrumentos de Recolha de Dados para a Documentação dos Cuidados Especializados em ER, o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER, desenvolvidos pela OE. Durante o MER, a utilização desses instrumentos revelou-se essencial para promover a melhoria contínua da qualidade dos CEEER. Além disso, a sua divulgação e partilha com a

equipa de EEER foram fundamentais para reforçar boas práticas e padronizar a documentação dos cuidados prestados.

Os instrumentos de recolha de dados para a documentação dos CEER promovem uma prática profissional qualificada e eficaz, dando suporte à melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2016). O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos CEER garante a segurança e a melhoria contínua dos cuidados especializados. Além de ser um referencial fundamental para a reflexão sobre a prática especializada de ER e um estímulo para desenvolvimento de projetos inovadores, contribui para a construção e implementação de sistemas de melhoria contínua, visando a excelência e o aprimoramento dos cuidados de ER focalizados por áreas de atenção da prática: a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e autocuidado, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A sinergia deste domínio com os padrões de qualidade resulta na otimização dos resultados, elevando o nível dos cuidados de saúde e reafirmando o papel crucial do EEER na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. A avaliação da qualidade dos cuidados nas vertentes de estrutura, processo e resultado é importante para garantir que os padrões de qualidade sejam alcançados e continuamente melhorados. Martins et al. (2023) realizaram um estudo de caso alinhado com os padrões de qualidade da OE para estudar os fatores que influenciam a qualidade dos cuidados de ER na dimensão estrutura. Identificaram como facilitadores a organização do serviço, o tipo de trabalho desenvolvido e a motivação dos profissionais. Por outro lado, apontaram como desafios a necessidade de formação contínua, bem como a falta de oportunidade de reflexão sobre a prática.

Os sistemas de melhoria contínua da qualidade baseiam-se numa gestão de cuidados de saúde focada na otimização dos cuidados prestados, através da identificação de áreas de melhoria, definição de objetivos e implementação de estratégias para os alcançar (Sales & Pestana, 2024). Os sistemas de melhoria contínua da qualidade integram a formação contínua como uma ferramenta fundamental, exemplificado pelo projeto de formação anual implementado tanto no serviço de contexto comunitário como na unidade de AVC no contexto hospitalar, com temáticas distribuídas entre a equipa de enfermagem. Durante o estágio em contexto comunitário, tive a oportunidade de participar em ações de formação inseridas nesse projeto,

nomeadamente “Prevenção de infeções em contexto de ECCL”, “Multiculturalidade em cuidados de saúde” e “Intervenção na demência para cuidadores informais”. Além da formação, a adoção de normas de orientação clínica, o cumprimento da legislação em vigor e a implementação de programas de saúde nacionais, como o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, são fundamentais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No contexto comunitário, desenvolvi dois folhetos informativos sobre mobilizações do membro superior, abrangendo o ombro, braço e mão, que funcionam como um guia de exercícios, com ilustrações e descrições detalhadas, permitindo à pessoa realizá-los no domicílio (Apêndice II e III). Além disso, servem como uma ferramenta de prescrição de exercícios, permitindo ao EEER assinalar os exercícios a serem indicadas à pessoa incluída no programa de RFM. Dessa forma, constitui um meio facilitador de aprendizagem, promovendo a capacitação e a literacia em saúde da pessoa e família/cuidador, garantindo o acesso à informação e o seguimento das instruções de tratamento. Esta atividade envolveu a identificação das necessidades da UCC, uma pesquisa bibliográfica aprofundada, a colaboração com outro estudante do MER e a utilização de criatividade para criar um folheto com informações fidedigna, de fácil compreensão e visualmente apelativo.

O indicador de avaliação desta ferramenta consistiu no *feedback* da equipa de EEER da UCC que deu parecer positivo após as devidas correções. Não apresentei parecer médico, porque atualmente a UCC não apresenta equipa médica. Os folhetos foram enviados para o Núcleo de ER da ULS e ainda se encontram em validação pelo núcleo e pelo gabinete de comunicação. Contudo, não foi considerada a perceção da pessoa e família/cuidador sobre a utilidade e clareza do folheto. A ausência de um questionário dirigido à pessoa e família representa uma lacuna na avaliação da eficácia desta ferramenta, pois a sua opinião seria essencial para compreender o impacto real na promoção da reabilitação. Esta experiência permitiu-me refletir sobre a necessidade de incluir a perspetiva dos destinatários finais na validação de materiais educativos, assegurando que estes respondam efetivamente às suas necessidades. Assim, futuramente, pretendo adotar uma abordagem mais abrangente, incorporando métodos de avaliação direta junto da pessoa e da sua família/cuidador, de forma a aperfeiçoar a qualidade e a utilidade dos recursos desenvolvidos.

No contexto hospitalar, procedi à criação de um livro de bolso para a avaliação neurológica através dos 12 pares cranianos, com o objetivo de facilitar a consulta rápida e a aplicação prática durante a prestação de cuidados (Apêndice IV). Este livro está organizado de forma clara e estruturada, dividido em seções correspondentes a cada um dos pares cranianos. Para cada par, inclui a sua função principal e os testes específicos para a sua avaliação. Além da descrição do método de avaliação, o livro conta com imagens ilustrativas que auxiliam na realização dos testes, tornando a avaliação mais acessível e padronizada. Uma vez que a avaliação neurológica é uma intervenção diária realizada por toda a equipa multidisciplinar em todos os turnos, garantindo uma monitorização contínua do estado clínico da pessoa, esta ferramenta apoia a prática clínica, permitindo uma abordagem sistemática e precisa dos profissionais. Apresentou validação do enfermeiro gestor, da equipa de EEER e da equipa médica, garantindo a sua pertinência e aplicabilidade na prática clínica.

A elaboração destas ferramentas durante os estágios representou uma iniciativa relevante para a melhoria contínua da qualidade nos contextos de prática, promovendo a prestação de cuidados mais eficazes e de qualidade. Estes materiais servirão como recursos de apoio para a equipa de enfermagem e de ER, promovendo a uniformização de cuidados e sensibilização para boas práticas.

Este processo de aprendizagem ativa, aliado à reflexão crítica sobre a prática, reforça também o compromisso com a criação de um ambiente terapêutico seguro e eficaz. A manutenção deste ambiente considerando a gestão do risco, é uma competência crucial alinhada também com os padrões de qualidade, enfatizando a segurança e bem-estar da pessoa. No contexto comunitário, no âmbito dos cuidados domiciliários, promovi a criação de ambientes seguros, na identificação e diminuição de fatores de risco nas habitações, incluindo barreiras arquitetónicas, com o objetivo de prevenir incidentes e otimizar a segurança da pessoa no seu domicílio. Igualmente, assegurei o cumprimento rigoroso das normas e da legislação em vigor, garantindo que todas as práticas desenvolvidas estivessem alinhadas com os regulamentos profissionais, institucionais e éticos aplicáveis. Este compromisso incluiu a adesão às diretrizes de segurança e qualidade dos cuidados, promovendo mais uma vez um ambiente de cuidado responsável, ético e seguro.

No domínio da gestão de cuidados de enfermagem, especialmente na área da ER, o EEER desempenha um papel de liderança, sendo responsável por assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados (Pestana, 2023). A consulta da documentação institucional e a observação das práticas da equipa multidisciplinar, e em particular do EEER, proporcionaram-me uma visão estruturada do ambiente de cuidados. A integração nas equipas de enfermagem e a articulação eficaz com a restante equipa foram essenciais para uma gestão eficiente dos cuidados. A partilha de informações e conhecimentos com a equipa de saúde, a participação nas passagens de turno e nas reuniões de equipa multidisciplinar foram particularmente enriquecedoras, pois permitiram compreender a dinâmica do serviço, o estado clínico da pessoa e o seu plano de cuidados. Estas ações permitiram a colaboração nas decisões da equipa de saúde e a melhoria da informação disponível para a tomada de decisão, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade. Como apresentado por Gaspar et al. (2021), o EEER ao possuir conhecimentos aprofundados em reabilitação e níveis de julgamento crítico clínico de tomada de decisão que se transpõem num conjunto de competências especializadas assume um papel determinante nas equipas de saúde.

A reflexão constante sobre a capacidade de gestão de cuidados de forma individualizada é essencial, considerando as necessidades da pessoa e família/cuidador. Esta gestão inclui a prestação de cuidados personalizados tanto em contexto de internamento como em cuidados domiciliários. A intervenção em diversos processos na área da reabilitação, lidando com uma variedade de patologias, e a prestação de cuidados no domicílio, com a sua variabilidade e imprevisibilidade, exigem flexibilidade e capacidade de adaptação.

No exercício profissional do EEER, a conceção, organização e execução dos cuidados refletem a abordagem adotada por estes profissionais para responder de forma eficaz às necessidades reais das pessoas nos diversos contextos de atuação. O EEER baseia a sua prática em teorias de enfermagem, conhecimentos e técnicas especializadas, bem como na utilização de equipamentos e recursos físicos, que não só orientam a prática clínica, mas também sustentam e fundamentam a sua intervenção (Ventura et al., 2021).

O planeamento cauteloso e individualizado do plano de cuidados de ER tendo em conta as áreas prioritárias de intervenção e a evolução da pessoa, a colaboração na coordenação das intervenções, promovendo a comunicação e a troca de informações entre os profissionais,

especialmente da área de reabilitação garantiram a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados nos diferentes contextos. Em contexto hospitalar, em situação de transferência para outro serviço ou unidade hospitalar, a continuidade de cuidados foi realizada através da elaboração da nota de transferência de enfermagem, descrevendo detalhadamente a condição atual da pessoa aquando do momento da alta e enumerando os exercícios realizados durante o internamento.

Evidência produzida por Silva & Sousa (2020) demonstrou que a continuidade e a qualidade dos cuidados de ER a uma pessoa com multimorbilidade, que recebeu cuidados em quatro contextos de saúde diferentes ao longo de um ano, resultou em evoluções funcionais positivas devido aos planos de reabilitação implementados. No entanto, os autores sugerem a necessidade de um plano único e dinâmico, destacando que a sua ausência pode comprometer a gestão integrada dos cuidados. Enfatizam também a importância de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, a fim de otimizar os resultados e garantir uma abordagem mais eficaz e coordenada.

De maneira a promover uma continuidade de cuidados e adequar os cuidados de ER às necessidades atuais, surge a telereabilitação e telemonitorização. Na URR, tive a oportunidade de realizar programas de RFR através da telereabilitação e telemonitorização. Revelam-se ferramentas fundamentais para ultrapassar barreiras como a limitação das deslocações, a escassez de recursos e a necessidade de um acompanhamento contínuo, principalmente no caso de doenças crónicas. Através de plataformas digitais e contacto remoto, é possível monitorizar a evolução da pessoa e realizar sessões de RFR, garantindo uma resposta adequada às suas necessidades. Além disso, esta estratégia reforça a autonomia da pessoa, incentivando a autovigilância e a autogestão da sua saúde. A comunicação eficaz, uma relação de proximidade mesmo remotamente e a educação para a saúde desempenharam um papel essencial neste processo, permitindo capacitar a pessoa para dar continuidade ao processo de reabilitação no domicílio. Desta forma, a telereabilitação demonstra ser um recurso valioso na otimização da qualidade dos cuidados de ER, possibilitando estabelecer um plano de cuidados de ER individualizado e eficaz, mesmo à distância.

Na UCC, os enfermeiros assumem a função de gestor de caso. O gestor de caso é responsável pela avaliação da pessoa e do cuidador no seu contexto, gestão e monitorização do plano de

cuidados, controlo da medicação e promoção da independência nos autocuidados. Além disso, capacita a pessoa e família/cuidador para a autovigilância da saúde, fornece apoio psicológico e esclarece sobre a evolução do estado clínico. Em articulação com a equipa multidisciplinar, participa na atualização do plano de cuidados, coordena referências, acompanha contactos não programados com serviços de urgência ou internamento e assegura a comunicação com todos os intervenientes na prestação de cuidados (Mendonça et al., 2024; Portaria nº174/2014;). Durante o estágio, assumi juntamente com a enfermeira orientadora a função de gestor de caso, avaliando a pessoa e o cuidador no seu ambiente, monitorizando o plano de cuidados e promovendo a capacitação para a autovigilância da saúde.

A prática de enfermagem tem evoluído, exigindo dos enfermeiros competências adequadas às exigências dos cuidados, ao ambiente e às características da organização. A gestão e supervisão dos cuidados representam um desafio atual para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem. Integrar a evidência científica nos modelos de cuidados e orientar os enfermeiros rumo à excelência requer de quem gere abertura, flexibilidade, resiliência, capacidade de incentivar a reflexão e uma abordagem centrada na pessoa, colocando a pessoa no centro das decisões de saúde (Páscoa & Rosário, 2024).

No contexto hospitalar, o enfermeiro especialista assume funções de segundo elemento de um serviço e também de responsável de turno. O EEER tem a responsabilidade de gerir e supervisionar os cuidados, gerir a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, além de gerir recursos materiais e resolver questões inerentes ao serviço, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências de gestão de cuidados. Nesta posição, é também reconhecido pela equipa de enfermagem como um apoio teórico e prático em situações de dúvida e de maior complexidade. Durante o estágio, acompanhei a minha enfermeira orientadora nas funções de responsável de turno, desenvolvendo competências na supervisão e gestão dos cuidados. Páscoa & Rosário (2024), afirma a relevância do conhecimento tácito e explícito do enfermeiro na gestão dos cuidados, inerente ao desenvolvimento pessoal e profissional. A capacidade de identificar necessidades reais e potenciais, gerir recursos de forma eficiente, adequar o tempo para a prestação de cuidados e integrar na prática clínica a evidência científica para a melhoria contínua dos cuidados representa um desafio constante.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais consistiu num processo de desenvolvimento pessoal e profissional ao longo da formação adquirida com o MER. Sousa (2024), descreve a formação como um processo de aprendizagem baseado na ação e na experiência, e como um meio facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional.

A enfermagem é uma profissão caracterizada pela prestação de cuidados centrados na pessoa, focada na relação interpessoal e fundamentada num julgamento clínico que utiliza uma metodologia científica através do processo de enfermagem. O conhecimento fundamentado, a liberdade de atuação e a capacidade de decisão asseguram a autonomia do enfermeiro no contexto clínico. Esta autonomia traduz-se na aptidão para decidir e agir dentro do seu domínio profissional, sendo essencialmente sustentada por uma prática baseada em evidências. A prática baseada em evidências considera a viabilidade, adequação, significado e efetividade das intervenções em saúde, integrando as melhores evidências disponíveis, o contexto dos cuidados, a individualidade da pessoa e a experiência do profissional (Nunes, 2024a; Pereira & Puschel, 2024).

A aquisição das competências é fundamentada pela pesquisa e o enquadramento conceptual necessários para o desenvolvimento dos estágios, bem como para a realização dos trabalhos, como a realização dos relatos de caso clínico com o título “Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo” (Apêndice V) e “Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral” (Apêndice VI), bem como dos folhetos e livro de bolso referidos anteriormente.

As necessidades de desenvolvimento de competências podem ser colmatadas pelo próprio enfermeiro através de processos de aprendizagem autorregulada. Neste ponto de vista, a aquisição de conhecimento é iniciada, gerida e desenvolvida de forma autónoma, sustentada por competências individuais que promovem o crescimento profissional (Barata, 2023). No contexto hospitalar, promovido pelo centro de formação da ULS, participei no *Workshop* Neurociências “Do passado ao presente - o Futuro é Hoje” (Anexo I) e no “Curso Via Verde AVC: do diagnóstico ao tratamento e reabilitação” (Anexo II). No contexto comunitário, participei nas três formações integradas no projeto de formação anual da equipa de saúde, já referidas anteriormente. Adicionalmente, realizei as ações de formação “Abordagem

multidisciplinar ao doente idoso com fratura do colo do fémur: cuidados após a alta” (Anexo III), “Inaloterapia” (Anexo IV), Curso Pós-Graduado em Hipertensão Pulmonar: “programa de enfermagem sobre cuidados com pacientes com hipertensão pulmonar” (Anexo V), dinamizado por EEER, tendo adquirido uma certificação pela *European Accreditation Council for Continuing Medical Education*.

Neste processo de aprendizagem, reflito que a participação em formações especializadas em diversas áreas da ER revelou-se fundamental, impulsionando o aprofundamento e consolidação dos conhecimentos. A aplicação das últimas evidências científicas nas intervenções e trabalhos realizados, enriqueceu a minha prática, mas também permitiu-me aprimorar a conceção dos planos de cuidados de ER, assegurando resultados mais eficazes e benéficos para a pessoa. A capacidade integrar e mobilizar conhecimentos, transferi-los para a prática e aprimorar continuamente a aprendizagem são fatores determinantes para o sucesso (Barata, 2023).

3.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A constante evolução do conhecimento científico, aliada à necessidade de integrar continuamente novas descobertas da investigação na prática clínica e às crescentes demandas por cuidados especializados em áreas emergentes, tornou essencial a definição das competências dos EEER tendo em conta o alvo de cuidados e o contexto de intervenção (Gaspar et al., 2021).

Segundo o Regulamento n.º 392/2019, uma atualização do originalmente estabelecido em 2011, as Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação são:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (p. 13566)

A reabilitação, como uma especialidade multidisciplinar, abrange um conjunto de conhecimentos e intervenções específicas destinadas a cuidar de pessoas com doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas. Apresenta como objetivos principais: melhorar a funcionalidade, promover a independência e a máxima satisfação pessoal, contribuindo, assim, para a preservar a sua autoestima (Regulamento nº392/2019).

O EEER tem a competência de identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da ER, em pessoas que, ao longo do ciclo vital, enfrentam dificuldades na realização independente de atividades básicas devido a condições de saúde, deficiências, limitações funcionais ou restrições de participação, seja de caráter temporário ou permanente. Elabora planos de intervenção para promover a capacidade de adaptação para o autocuidado nos processos de saúde-doença e ou incapacidade a nível: motor, cardiorrespiratório, sensorial, cognitivo, alimentar, sexual e da eliminação (Regulamento nº392/2019).

O desenvolvimento da primeira competência, “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, foi consolidado durante o estágio, através de experiências diversificadas e desafiantes, relacionadas com a avaliação e intervenção especializada, essenciais para promover a funcionalidade e a autonomia das pessoas sob os cuidados de ER. A prática permitiu-me adquirir uma abordagem sistemática e integradora para avaliar e intervir nas diferentes dimensões da funcionalidade, utilizando estratégias adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa, independentemente do contexto em que se encontrem.

Os contextos de aprendizagem são ambientes dinâmicos que facilitam o desenvolvimento contínuo das competências e a autoavaliação. É nestes contextos que ocorre a interseção entre a teoria e a prática, promovendo a construção de conhecimentos e de experiências individuais e coletivas. A prática reflexiva e a autonomia são valorizadas, permitindo ao estudante organizar-se, adaptar-se e evoluir (Sousa, 2024).

Antigamente, os contextos hospitalares eram mais dotados de uma prática especializada de ER comparativamente a outros contextos de cuidados. Atualmente, com a evolução do paradigma de cuidados, há uma crescente presença e valorização do EEER em contextos como os cuidados de saúde primários, hospitalização domiciliária e programas ambulatoriais, como

a reabilitação cardíaca e respiratória. Acontece assim em diversos contextos hospitalares e comunitários, nas várias transições do ciclo de vida da pessoa, contribuindo para ganhos de saúde em todos os contextos (Barata, 2023; Gaspar et al., 2021).

No decorrer do MER exerci a minha prática em contexto comunitário, no âmbito dos cuidados domiciliários, e em contexto hospitalar em regime de internamento e ambulatório. No contexto comunitário, desenvolvi o processo ortopédico e respiratório, tendo mais prevalência a prestação de cuidados à pessoa com fratura do fêmur submetida a intervenção cirúrgica, e a pessoa com doença respiratória crónica, como a fibrose pulmonar e doença aguda por internamentos por pneumonia e insuficiência respiratória. Além disso, desenvolvi um plano de ER para uma pessoa com patologia neurológica degenerativa, a esclerose lateral amiotrófica. No contexto hospitalar, no processo neurológico, tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa na fase aguda após um AVC isquémico ou hemorrágico. Na URR, prestei cuidados especializados de ER à pessoa com doença respiratória, em regime de internamento e ambulatório, tendo como patologias mais prevalentes a FQ e as bronquiectasias. As características de cada pessoa e as suas comorbilidades, nomeadamente a demência, representaram um desafio importante na criação dos planos de intervenção de ER. Essa diversidade requer uma abordagem holística e especializada na prestação de cuidados.

Ao longo do MER, priorizei esta abordagem holística e centrada na pessoa, que considerasse a situação clínica e os contextos familiares e sociais. Esta abordagem foi alinhada com a diretriz da *“Person and Family-Centred Care”* da *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO). Esta associação oferece-nos diretrizes de melhores práticas baseadas em evidências, desenvolvidas para apoiar os enfermeiros e outros profissionais de saúde na prestação de cuidados eficazes e seguros em parceria com a pessoa e a sua família/cuidador. Esta diretriz específica baseia-se na promoção cuidados centrados na pessoa e na sua família, garantindo que as suas necessidades, valores e preferências sejam respeitados ao longo de todo o processo de reabilitação (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015).

A realização de avaliações sistemáticas e criteriosas da pessoa nos diferentes contextos, permitiu avaliar as necessidades dos diferentes domínios que impactam a funcionalidade da pessoa, nomeadamente a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, alimentação, da eliminação, bem como na capacidade de realizar as AVD de forma

independente. No contexto comunitário, realizei avaliações mais detalhadas das necessidades específicas da pessoa e família, considerando as condições físicas, psicossociais e ambientais, como a identificação das barreiras arquitetônicas junto das habitações.

A informação foi recolhida utilizando escalas e instrumentos padronizados e reconhecidos para avaliar as funções, tendo por base os Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos CEER. Esta ferramenta permite uma caracterização da condição de saúde da pessoa com maior precisão, considerando as respostas humanas às transições entre dependência e autonomia, bem como os processos terapêuticos ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Permitem quantificar e evidenciar os resultados obtidos da implementação do plano de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No âmbito neurológico e na intervenção à pessoa com AVC, tive a oportunidade de realizar avaliações sistematizadas utilizando a escala *NIHSS*, uma ferramenta essencial na avaliação da gravidade do AVC. Esta ferramenta permite a monitorização constante da evolução do estado neurológico da pessoa, permitindo detetar melhorias ou agravamentos do quadro clínico. A identificação das áreas neurológicas afetadas permite avaliar as necessidades e direcionar a intervenção de ER, sendo que pontuações mais elevadas estão associadas a maior risco de incapacidade e pior prognóstico funcional. Uma vez que se trata de uma escala padronizada, facilita a comunicação entre os profissionais, permitindo uma abordagem mais coordenada e eficaz no tratamento e reabilitação da pessoa. Inicialmente, enfrentei dificuldades ao aplicar a escala de forma consistente e sistematizada, devido ao desconhecimento da aplicação da mesma e à sua complexidade. No entanto, com o acompanhamento da enfermeira orientadora e da restante equipa, consegui integrar a aplicação da *NIHSS* no meu processo de avaliação, o que permitiu uma identificação mais precisa das necessidades da pessoa e, assim, planear intervenções de ER mais adequadas e direcionadas. Essa competência foi fundamental, pois a realização de uma avaliação sistemática não só me proporciona um diagnóstico mais precoce e preciso, mas também contribui para a otimização dos cuidados prestados e a melhoria dos resultados.

Durante os momentos de avaliação, estabeleci uma relação terapêutica com a pessoa, recorrendo a estratégias de comunicação verbal e não verbal para criar um ambiente de confiança e respeito (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015). Os cuidados centrados

na pessoa fundamentam-se nesta relação e exigem competências comunicacionais diversificadas. Em situações de doença aguda, os défices ou limitações podem comprometer a comunicação, tornando a comunicação alternativa e aumentativa um recurso essencial, especialmente em pessoas com AVC com afasia de expressão. A utilização de uma tabela de mensagens com imagens/frases facilitou a manifestação das necessidades, promovendo o envolvimento ativo da pessoa nos cuidados. Assim, fortalecer a relação terapêutica, adotar uma abordagem humanizada e desenvolver competências comunicacionais eficazes são princípios essenciais para melhorar a satisfação e o bem-estar da pessoa e da sua família/cuidador (José, 2021).

Com base na avaliação, defini os principais focos de intervenção de ER com vista à construção do projeto de saúde da pessoa. Posteriormente, concebi planos, selecionei e prescrevi as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função. Nos diversos contextos, elaborei e implementei programas de RFM, RFR, sensorial e cognitiva. O plano individualizado de cuidados de ER foi realizado em parceria com a pessoa e a sua família/cuidador respeitando as suas expectativas, prioridades e necessidades. A colaboração com a pessoa foi fundamental para identificar metas realistas e significativas, assegurando que os cuidados fossem personalizados e adaptados ao seu contexto. Além disso, disponibilizei informações e recursos que pudessem apoiar tanto o processo de reabilitação como a integração social da pessoa, como o ingresso no centro de dia, por exemplo. A parceria com a família revelou-se mais evidente no contexto comunitário, onde a proximidade e o tempo prolongado do programa de ER permitiram um envolvimento mais ativo dos cuidadores (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015). Neste contexto, procedi sempre à avaliação da sobrecarga do cuidador, preenchendo a escala *Zarit* junto do cuidador, identificando as suas necessidades de apoio e a sua perspetiva para a pessoa cuidada.

Na implementação dos cuidados, procurei prestar cuidados individualizados, ajustando as intervenções de acordo com as características e preferências da pessoa. A flexibilidade na abordagem foi um dos princípios essenciais desta prática, conforme exemplificado numa situação em que, tendo planeado um treino de marcha em meio exterior, a pessoa demonstrou tristeza e renitência em realizar. Respeitando o seu estado emocional, adaptei o

plano e realizei o treino de marcha dentro de casa, promovendo o seu bem-estar e garantindo a continuidade da intervenção (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015).

A avaliação dos planos e programas de intervenção individualizados, sustentados por evidências científicas foi fundamental. Esta avaliação contínua foi dada através dos ganhos obtidos e do *feedback* da pessoa após cada sessão de ER. Isso permitiu ajustar os planos sempre que necessário, garantindo que os cuidados prestados fossem alinhados com as preferências e necessidades da pessoa e reforçando a sua participação ativa no processo de reabilitação (Registered Nurses' Association of Ontario, 2015).

Como já referido, na unidade de AVC, devido ao curto período de internamento, a pessoa após estabilização neurológica, é transferida para outro serviço ou regressa ao hospital de origem. Essa dinâmica dificulta a implementação completa do plano de cuidados, limitando a consolidação dos potenciais ganhos funcionais. Para garantir a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos, foram realizados ensinamentos, demonstrações e treino de técnicas, alinhadas com o plano definido, com o objetivo de promover o autocuidado.

A elaboração de um relato de caso clínico relativo à pessoa com fratura do fémur sujeita a intervenção cirúrgica revelou-se fundamental ao fornecer uma base empírica com mobilização de conhecimentos para a prática. Através de um plano de cuidados individualizado, a execução de treino de exercício muscular e articular, treino de equilíbrio e de marcha demonstram ser fundamentais para melhorar a capacidade funcional da pessoa. Com a aplicação de estratégias eficazes, foi possível promover a recuperação física e o bem-estar emocional e social da pessoa e família. No projeto de saúde, a expectativa da pessoa era readquirir a independência e regressar ao domicílio próprio. Estudos reforçam o papel fundamental do EEER na recuperação da pessoa com alterações orto-traumatológicas. Evidenciam que a implementação de um programa individualizado de RFM permite ganhos em saúde, a nível da força muscular, amplitude articular, marcha e realização dos autocuidados, promovendo a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa (Palma et al., 2021; Teixeira et al., 2021).

A elaboração de um relato de caso clínico focado numa pessoa com AVC também proporcionou uma oportunidade para aprofundar a minha compreensão sobre a sua complexidade. O AVC destaca-se como uma das principais causas de mortalidade e

incapacidade, sendo a paresia facial e a diminuição da sensibilidade aspetos de grande importância, dado o impacto significativo que exercem na qualidade de vida da pessoa, nomeadamente na deglutição e comunicação. A intervenção precoce de ER em pessoas com AVC na fase aguda tem um impacto significativo na melhoria das funções motora e sensorial, além de reduzir os efeitos psicológicos negativos (Yu et al., 2021). Esta experiência não só enriqueceu o meu conhecimento técnico-científico nesta área específica de ER, mas também me permitiu desenvolver uma visão mais holística e centrada na pessoa. A construção destes relatos de caso clínico e a comunicação dos seus resultados constituem exemplos concretos de intervenções que podem ser implementadas, destacando abordagens inovadoras e eficazes para a melhoria dos cuidados prestados.

Para desenvolver a competência “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”, realizei atividades direcionadas ao fortalecimento da autonomia e reintegração da pessoa no seu contexto social e familiar. Estas ações foram orientadas através de uma visão inclusiva, considerando os desafios impostos pela deficiência e as oportunidades para superar as limitações.

As teorias de enfermagem ressaltam que o objetivo principal da prática profissional é promover a independência no autocuidado. A intervenção do EEER, ao focar no autocuidado, desempenha um papel crucial ao facilitar processos adaptativos, auxiliando a pessoa na readaptação à sua nova realidade após o declínio funcional (Petronilho et al., 2021). O EEER facilita uma aprendizagem significativa, incentivando comportamentos de adaptação e capacitando a pessoa para gerir a doença, alcançando o maior nível possível de independência funcional na execução das suas AVD (Petronilho et al., 2021).

No processo de tomada de decisão, o EEER tem assumido um papel cada vez mais ativo na integração do processo de enfermagem nos diversos contextos da prática profissional. Ao longo das diferentes etapas desta metodologia, a sua atuação destaca-se pelo desenvolvimento de um raciocínio clínico direcionado para a capacitação, a promoção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, nos seus processos de transição (Ribeiro et al., 2021b).

O EEER prescreve intervenções como “ensinar sobre...” e “orientar para o uso de...”, visando promover a aquisição de conhecimento, favorecendo a capacidade de tomada de decisão e autonomia. Dessa forma, contribui para uma transição bem-sucedida, refletida em indicadores de processo como sentir-se ligado, interagir, estar situado, bem como o desenvolvimento de confiança. No que se refere à aprendizagem de capacidades, o EEER recorre a intervenções baseadas no ensino, instrução e treino, capacitando a pessoa para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. A prática destas competências permite traduzir o conhecimento em ação, promovendo o empoderamento e a capacidade de decisão. Dessa forma, a pessoa torna-se mais independente nas suas atividades, facilitando uma transição bem-sucedida, evidenciada pela percepção de mestria na realização das atividades e pela adaptação a uma nova identidade (Sousa et al., 2020).

Este processo vai de encontro a outra diretriz da *RNAO*, “*Transitions in Care and Services*”, que fornece orientações aos enfermeiros para promoverem uma transição segura e efetiva nos cuidados. A colaboração com a pessoa e a família/cuidador durante o processo de transição, traduz-se numa boa prática, garantindo um ambiente seguro e uma transição saudável. Recomendam também que as organizações de saúde e serviços sociais colaborem para apoiar as transições (Registered Nurses' Association of Ontario, 2023).

O desenvolvimento da competência de ensinar a pessoa e/ou o cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado baseia-se na capacitação prática e teórica, visando a promoção da autonomia funcional e a continuidade de cuidados. Para alcançar este objetivo, foi necessário estabelecer uma relação de confiança com a pessoa, permitindo identificar as suas necessidades individuais e barreiras ao autocuidado. Desenvolvi e implementei programas de treino de AVD com o objetivo de ajudar a pessoa na adaptação às limitações de mobilidade e a maximizar a sua autonomia e qualidade de vida. Esses programas foram concebidos de forma personalizada, levando em consideração as necessidades específicas de cada pessoa e da sua família, os seus objetivos individuais e a sua funcionalidade prévia, alinhados também com a diretriz “*Person and Family-Centred Care*” da *Registered Nurses' Association of Ontario* (2015). Esta abordagem coloca a pessoa e a família no centro do seu projeto de vida e de saúde (Pestana, 2023).

Na ECCI, acompanhei visitas domiciliárias no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal. Este estatuto estabelece os direitos e deveres tanto do cuidador como da pessoa cuidada, sendo implementado através da colaboração entre o Instituto da Segurança Social e os serviços de saúde competentes (Decreto Regulamentar n.º 1/2022). Visa fornecer apoio especializado, incluindo aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação, permitindo ao cuidador desenvolver competências para prestar cuidados de forma adequada. Para isso, é elaborado um PII formalmente assinado pelo cuidador. Além disso, este estatuto assegura suporte psicossocial ao cuidador e possibilita a referência da pessoa cuidada para a RNCCI, garantindo períodos de descanso ao cuidador (Lei n.º 100/2019). A implementação deste acompanhamento envolve um profissional de referência da segurança social, nomeadamente a assistente social, e um profissional de referência da saúde, neste caso, o EEER.

O EEER, além de capacitar a pessoa nas técnicas de ER, também tem a competência de ensinar e supervisionar a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa (Regulamento nº392/2019). No contexto comunitário, esta competência revelou-se particularmente relevante, uma vez que a continuidade dos cuidados de ER também depende da capacidade da pessoa e da sua família de utilizarem adequadamente os produtos de apoio. A introdução e adaptação dos produtos de apoio foram realizadas de forma individualizada, considerando não apenas as necessidades clínicas, mas também as preferências da pessoa e as características do seu ambiente domiciliário. Este processo envolveu a família e cuidadores, garantindo que também estivessem aptos a prestar apoio adequado e a reforçar a utilização correta dos dispositivos. Por exemplo, numa situação específica, acompanhei a adaptação de uma pessoa ao uso de um tripé, auxiliando na escolha do modelo mais adequado, ajustando a altura e ensinando a técnica correta de marcha para garantir segurança e eficácia na deambulação. Outra intervenção envolveu o ensino do uso de ajudas técnicas para a realização das AVD, como a adaptação de um alteador sanitário para a sanita. Em meio hospitalar, esta intervenção é mais limitada, uma vez que o EEER depende apenas da descrição feita pela pessoa sobre seu contexto domiciliário. Contudo, é possível fornecer informações e aumentar o conhecimento da pessoa sobre os produtos de apoio mais adequados à sua situação de saúde e eliminação de barreiras arquitetónicas da sua habitação.

Vários estudos identificam a intervenção preponderante do EEER na acessibilidade, identificando e eliminando as barreiras arquitetônicas. Constituem um elo de ligação entre as pessoas com mobilidade condicionada, o contexto comunitário e as entidades locais, promovendo a inclusão social da pessoa com deficiência e incapacidade (Pereira et al., 2020; Pereira et al., 2024).

Relativamente ao terceiro domínio “Maximiza a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa”, interagi de forma ativa com as pessoas, promovendo atividades que visassem melhorar as suas capacidades motoras e respiratórias, permitindo-lhes um melhor desempenho nas suas atividades diárias. Primeiramente, aprofundi os meus conhecimentos técnicos sobre as intervenções de ER, realizando uma pesquisa bibliográfica para sustentar a prática. Deste modo, garanti uma conceção e implementação de programas de RFR e RFM baseada em práticas eficientes e seguras. Em particular, tomei em consideração a complexidade e a imprevisibilidade de cada caso, adaptando os programas à vulnerabilidade e às necessidades individuais de cada pessoa, assegurando que as intervenções fossem ajustadas ao seu estado clínico e aos seus objetivos e projeto de saúde.

Ensinei, instruí e treinei as pessoas com técnicas específicas de ER, incluindo a atividade física e o exercício, para maximizar o desempenho motor e respiratório. Na URR, realizei treinos de exercício com vista a melhoria do desempenho físico da pessoa, permitindo-lhe adquirir as competências necessárias para manter um estilo de vida saudável e uma evolução positiva da doença. O treino de exercício para pessoas com necessidades especiais é uma ferramenta fundamental, que atua frequentemente como um coadjuvante terapêutico essencial para alcançar os objetivos da ER (Novo et al., 2021).

Durante a implementação dos programas de treino, monitorizei os resultados alcançados em relação aos objetivos estabelecidos, ajustando os planos conforme para otimizar os resultados. Promovi estratégias inovadoras de prevenção de riscos clínicos, assegurando uma cultura de segurança nos vários contextos de atuação, o que envolveu a constante adaptação dos programas para garantir a eficácia e a segurança dos treinos.

Nos diferentes contextos, a monitorização e registo das intervenções foram realizados na plataforma *Patient Care B-Simple*, através do preenchimento das escalas e do registo em notas

livres e nas plataformas *S-Clinico* e *Glantt* que permitem um registo integral das intervenções. A existência de sistemas de informações diferentes, apesar de uma linguagem classificada, torna-se difícil a definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. A produção de indicadores capazes de traduzir os cuidados especializados é crucial, servindo como base estrutural para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Ribeiro et al., 2021b).

3.3. Competências de Mestre

O percurso para a obtenção do grau de Mestre em ER representa um marco significativo no desenvolvimento profissional e académico. As competências de Mestre englobam um conjunto de competências que vão além do domínio técnico-científico, incluindo habilidades de liderança, comunicação, investigação, tomada de decisão ética, e capacidade de integração de conhecimentos para a inovação na prática clínica. Estas competências são fundamentais para responder aos desafios crescentes dos sistemas de saúde, promovendo cuidados de ER de elevada qualidade e contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde (Decreto-lei n.º 65/2018). Neste subcapítulo, serão analisadas e refletidas as competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo, demonstrando como estas se articulam com as exigências do grau de Mestre e com as necessidades específicas da prática especializada em ER.

Segundo o Decreto-lei n.º 65/2018, o grau de mestre é conferido aos estudantes que demonstrem as seguintes competências:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - I. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - II. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- 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;
- 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;
- 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;
 - e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (p. 4162)

Este processo de aprendizagem promove a aquisição de conhecimentos especializados, mas também o desenvolvimento de competências avançadas que sustentam uma prática de enfermagem de excelência, baseada em evidências científicas e orientada para a resolução de problemas em saúde. É um processo estruturado que impulsiona o desenvolvimento profissional, proporcionando a capacidade de identificar desafios, reconhecer pontos fortes e dificuldades, e assumir a responsabilidade pelo próprio percurso (Sousa, 2024).

A frequência do mestrado permitiu aprofundar os conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo do ensino superior e consolidá-los na área específica da ER, através de uma pesquisa constante e da realização de diversas formações especializadas. Esse aprofundamento revelou-se uma mais-valia para a aquisição de competências de mestre, refletindo-se na prática clínica e na capacidade de tomada de decisão fundamentada.

A enfermagem distingue-se pelo julgamento clínico fundamentado, sustentado pelo processo de enfermagem e por uma prática baseada em evidências, garantindo decisões seguras e ajustadas às necessidades individuais da pessoa, aos processos de transição e aos diferentes contextos. A autonomia profissional do enfermeiro é reforçada pela capacidade de mobilizar conhecimentos, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. No exercício profissional, o EEER assume um papel ativo na implementação do processo de enfermagem, recorrendo ao raciocínio clínico e à aplicação da evidência científica. A integração do conhecimento teórico na prática é essencial para aperfeiçoar a conceção e implementação de planos de cuidados especializados, assegurando intervenções mais eficazes e centradas na pessoa e na família/cuidador. Assim, enquanto futura mestre, desenvolvi competências que valorizam o conhecimento, a autonomia e a reflexão na ação, fundamentais para impulsionar mudanças na prática e otimizar os resultados em saúde (Barata, 2023; Ribeiro et al., 2021b).

A aprendizagem contínua e autónoma desempenhou um papel essencial no meu percurso, principalmente ao enfrentar áreas da enfermagem que me eram menos familiares. A necessidade do aprofundamento teórico nestas áreas possibilitou a tomada de decisões autónomas, sempre sustentadas em evidência científica. Esse processo permitiu a integração de novos conhecimentos na prática, impulsionando o desenvolvimento de competências cruciais para a implementação de programas de ER orientados para a maximização da funcionalidade, autonomia e para a promoção da qualidade de vida da pessoa.

No âmbito da disseminação do conhecimento, elaborei dois relatos de caso clínico com uma temática específica, nos quais apresentei intervenções e respetivos resultados. A comunicação dos achados em contextos formais, como relatórios e artigos científicos, exigiu a capacidade de apresentar os resultados de forma lógica e fundamentada. Ao estruturar essas informações, procurei garantir que os dados recolhidos refletissem de maneira objetiva a efetividade das intervenções de ER. Atualmente, encontro-me a preparar para submissão o relato de caso clínico intitulado “Pessoa submetida a Hemiartroplastia da Anca e Osteossíntese do Cotovelo”. A partilha de conhecimento na comunicação interpares, através da publicação de artigos científicos, facilita a disseminação e validação de conclusões, contribuindo para a implementação de boas práticas e para o desenvolvimento do conhecimento na área da ER.

O desenvolvimento das competências de comunicação foi determinante, permitindo aprimorar a interação com a pessoa, família/cuidador e equipa multidisciplinar, transmitindo conhecimentos, problemas e respetivas soluções de forma clara. A capacidade de adaptar a comunicação ao contexto e ao interlocutor foi um dos aspetos que mais desenvolvi, reconhecendo que a clareza, a empatia e a assertividade são fundamentais para o sucesso das intervenções e para a articulação eficaz entre profissionais.

Este percurso de formação permitiu-me desenvolver um juízo clínico mais diferenciado, uma capacidade de análise crítica sustentada em evidência científica e uma abordagem reflexiva sobre a prática. A experiência reforçou a importância da aprendizagem contínua e da adaptação aos desafios específicos e complexos de cada área da ER. Pretendo continuar o desenvolvimento de uma prática que promova a qualidade dos cuidados, tendo sempre como objetivo a melhoria da qualidade de vida da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

4. ANÁLISE SWOT

A análise *SWOT* é uma ferramenta estratégica utilizada para avaliar a posição de uma organização em relação à sua concorrência. Esta permite identificar os pontos fortes e fracos internos da organização, assim como as oportunidades e ameaças externas que podem influenciar seu desempenho. Além disso, pode ser aplicada a nível individual para analisar a situação de uma pessoa em relação ao seu contexto (Teoli et al., 2023). Esta reflexão é fundamental para compreender como os contextos da prática contribuíram para o desenvolvimento das competências.

Como pontos facilitadores internos do desenvolvimento de competências, considero: a motivação pessoal, a determinação, a responsabilidade e compromisso profissional, a minha abordagem no cuidar, integração na equipa multidisciplinar e a capacidade de comunicação.

A decisão de me inscrever no MER reflete a minha motivação e o meu compromisso na procura contínua de conhecimentos e desenvolvimento de competências, visando prestar cuidados especializados e de qualidade à pessoa/família, sempre com foco no seu bem-estar e na excelência dos resultados. Nesse sentido, procurei integrar-me nas dinâmicas dos serviços e aproveitar cada oportunidade de aprendizagem com uma atitude proativa e empenhada. A determinação em superar os desafios encontrados e o desejo constante de melhorar a minha prática também impulsionou o investimento no aprofundamento teórico e na contextualização na prática dos conhecimentos adquiridos, mantendo o foco nos objetivos delineados, mesmo em situações de maior exigência. A responsabilidade e o compromisso profissional através do cumprimento rigoroso dos deveres profissionais, respeitando normas, leis e regulamentos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados e promovendo uma relação de confiança com a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar. Na prestação de cuidados, assumo uma abordagem focada no cuidado holístico e centrado na pessoa, alinhada com a diretriz da RNAO (2015), promovendo a criação de um ambiente de confiança e conforto, facilitando a adesão da pessoa/família ao plano de reabilitação e reforçando o impacto positivo dos cuidados. A capacidade de integração nas equipas multidisciplinares ao estabelecer boas relações interpessoais dentro das equipas, adotando uma postura correta e adequada fortaleceu a comunicação e a colaboração, favorecendo um trabalho eficiente e a

resolução conjunta de desafios. Uma comunicação clara e eficaz, associada a uma abordagem empática, possibilitou compreender as necessidades da pessoa/família e transmitir informações de forma respeitosa. Um ambiente de proximidade e uma relação de confiança favoreceu a comunicação, promovendo uma maior colaboração nos CEEER.

Como pontos inibidores internos, as fraquezas, destaco o conhecimento limitado na área neurológica, a avaliação neurológica e o sistema informático SClínico®.

Embora tenha adquirido conhecimentos teóricos durante o MER, a experiência prática no cuidado à pessoa com AVC, especialmente na fase aguda, torna-se exigente e não faz parte da minha prática profissional diária. A complexidade e a especificidade exigem um aprofundamento contínuo dos conhecimentos, particularmente no que diz respeito aos mecanismos fisiopatológicos subjacentes, e contextualizar esses conhecimentos na prática revelou-se um desafio. A realização de uma avaliação neurológica completa e sistemática, nomeadamente no que diz respeito à aplicação da *NIHSS*, constituiu uma limitação numa fase inicial do estágio. A precisão dessa avaliação é fundamental para determinar a gravidade do AVC, monitorizar as alterações neurológicas e programar as intervenções de ER de forma eficaz. No âmbito da prática clínica em contexto comunitário, o sistema do registo informático é distinto do existente na minha prática profissional diária. Durante o processo de adaptação, constituiu uma fraqueza por se evidenciar mais confuso e pouco intuitivo, exigindo mais tempo e um esforço adicional para superar essa dificuldade e colmatar a falta de familiaridade com o sistema.

Os fatores facilitadores externos compreenderam: o acompanhamento dos professores, as equipas multidisciplinares dos contextos de estágio, a participação em formações específicas, a utilização da plataforma *Angels Initiative* e a colaboração com outra aluna de EEER.

O acompanhamento dos professores foi determinante durante este processo. A sua disponibilidade e atenção foram essenciais para o meu crescimento, proporcionando um ambiente de aprendizagem seguro. O incentivo e o apoio transmitidos fortaleceram a minha confiança, favorecendo a aquisição de novas competências. Durante os estágios, fui sempre bem recebida por equipas profissionais acolhedoras e prestáveis, cuja orientação, partilha de conhecimentos e cooperação tornaram esta experiência enriquecedora. O ambiente

colaborativo e o apoio contínuo facilitaram significativamente a minha aprendizagem ao longo deste período.

As participações em formações específicas proporcionaram-me a oportunidade de aprofundar os conhecimentos teóricos, permitindo-me integrar novas abordagens, técnicas e evidências científicas na minha prática clínica. A utilização da plataforma *Angels Initiative* constituiu outro fator facilitador externo, uma vez que tive acesso a módulos de *e-learning* que permitiram aprofundar e rever conceitos cruciais para a prática de cuidados à pessoa após um AVC. A colaboração com outra aluna de EEER proveniente de outra Escola Superior de Saúde revelou-se uma mais-valia significativa no meu processo de aprendizagem. A partilha de conhecimentos, experiências e diferentes perspetivas fomentou um ambiente de cooperação que enriqueceu o desenvolvimento das competências de ambas. Além disso, o estabelecimento de uma relação de proximidade e apoio mútuo facilitou a reflexão conjunta sobre práticas de ER, promovendo um crescimento profissional e pessoal.

Por último, as barreiras externas (ameaças): Na unidade AVC o tempo de internamento geralmente não ultrapassa os dois dias. Este facto representou uma fraqueza no desenvolvimento e implementação de planos de ER a médio e longo prazo. Esse tempo reduzido limitou a possibilidade de realizar intervenções completas e integradas, que exigem um acompanhamento e uma continuidade de cuidados.

A complexidade da situação clínica da pessoa após um AVC em fase aguda, aliada ao curto período de internamento nesta unidade, coloca desafios éticos significativos na obtenção do consentimento informado para a construção de um relato de caso clínico. Muitas das pessoas internadas apresentam défices neurológicos, como afasia de expressão e de compreensão, comprometendo a sua capacidade de entender plenamente a informação transmitida e de expressar uma decisão esclarecida e livre. A impossibilidade de avaliar com precisão o grau de compreensão e a livre vontade da pessoa reforça a dificuldade em garantir um consentimento verdadeiramente informado. Esta limitação dificultou a minha aprendizagem, uma vez que me impediu de realizar o caso clínico inicialmente escolhido, dada a situação clínica da pessoa, restringindo também a produção de evidência científica em ER na área da reabilitação neurológica. A enfermeira orientadora destacou essa limitação como um obstáculo relevante, que não só impacta a aquisição de conhecimento pelos profissionais, como também

condiciona a investigação e a melhoria contínua da prática clínica. Esta experiência levou-me a refletir sobre as questões éticas na produção de evidência científica, garantindo o respeito pelos princípios éticos e também a qualidade da investigação em enfermagem.

Relativamente à coordenação dos cuidados, na unidade AVC, a realização de apenas turnos da manhã, caracterizadas por uma elevada concentração de intervenções realizadas por diversos profissionais de reabilitação (terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapeuta) dificultou a coordenação e o planeamento adequado do plano de cuidados de ER, bem como a gestão de tempo.

A conciliação entre a carga horária do estágio, a atividade profissional e a vida pessoal representaram um desafio no processo de aprendizagem, exigindo-me manter elevados padrões de qualidade e compromisso em todos os meus papéis. Esta situação destacou a necessidade de um planeamento eficiente para gerir as responsabilidades e cumprir as exigências de forma equilibrada.

CONCLUSÃO

A enfermagem, enquanto disciplina autónoma, possui um corpo de conhecimentos próprios que sustentam a prática profissional. Através dos modelos conceptuais e das teorias de enfermagem, é possível fundamentar e orientar as intervenções de cuidados, promovendo uma compreensão profunda das abordagens adotadas. A integração dessas teorias na prática diária enriquece a implementação das intervenções, mas também fortalece a identidade da enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados e para o desenvolvimento da profissão.

O EEER é confrontado por situações complexas e imprevisíveis, decorrentes de diversos fatores, incluindo a variabilidade das circunstâncias da pessoa, da família e da comunidade. A crescente necessidade de cuidados de enfermagem especializados, impulsionada pelas mudanças sociodemográficas e pelos avanços na área da saúde, configura-se como um dos maiores desafios da prática do EEER. Assim, é crucial que este profissional esteja preparado para tomar decisões informadas e adequadas, exigindo uma atualização constante dos seus conhecimentos e um desenvolvimento contínuo de competências que garanta a melhor resposta às necessidades individuais da pessoa e uma humanização dos cuidados.

O percurso realizado ao longo do EP permitiu-me desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, específicas do EEER e as competências de Mestre. Alcançar os objetivos de aprendizagem delineados implicou a aplicação de conhecimentos científicos, da integração da evidência na prática e do desenvolvimento de estratégias de ER direcionadas. Destaco uma prática alicerçada na responsabilidade ética e legal, pautada pelo respeito pelos princípios éticos e valores que orientam o cuidado. Paralelamente, evidencio a integração nas equipas multidisciplinares e o desenvolvimento de uma comunicação eficaz, assegurando um planeamento rigoroso do plano de cuidados de ER, promovendo assim a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A participação em formações especializadas em diversas áreas da ER foi essencial para o aprofundamento e consolidação dos meus conhecimentos, fortalecendo a minha prática profissional.

No âmbito das competências específicas, prestei CEEER a pessoas com incapacidades resultantes do processo de transição saúde-doença, identificando de forma precisa as

necessidades de intervenção. Permitiu-me conceber, implementar e avaliar planos de cuidados de ER individualizados, focados na melhoria da qualidade de vida. Esse processo permitiu promover a capacitação e o empoderamento da pessoa através da implementação de ações autónomas que considerassem as suas limitações e o contexto social, no sentido de maximizar a sua funcionalidade de modo a desenvolver as suas capacidades, permitindo um melhor desempenho a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. A construção de uma relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador, aliada à promoção da literacia em saúde, facilitou a transmissão de conhecimentos para a adaptação à sua condição e a tomada de decisões informadas.

Concomitantemente, desenvolvi competências que me permitem aprofundar e aplicar conhecimentos de forma crítica e inovadora, sustentando a minha prática numa base científica sólida. A capacidade de integrar informação e tomar decisões fundamentadas em contextos complexos tornou-se essencial, especialmente na abordagem a situações novas e desafiadoras. Além disso, fortaleci a aptidão para comunicar de forma clara e eficaz, tanto com a pessoa e a sua família, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados. Esta aprendizagem reforçou a minha autonomia e predisposição para a atualização contínua, permitindo-me evoluir enquanto futura EEER.

Este processo de aprendizagem foi sustentado por uma abordagem reflexiva e fundamentada em evidências científicas, permitindo alcançar ganhos funcionais e promover a autonomia da pessoa. Os CEER prestados demonstraram ganhos sensíveis, como a melhoria da funcionalidade da pessoa, mesmo em contextos de internamento de curta duração. Estas intervenções evidenciam o impacto positivo da abordagem precoce e individualizada, alinhada com as necessidades específicas identificadas. A elaboração de relatos de caso reflete a capacidade de aplicar uma prática baseada em evidências, sustentada por uma metodologia de investigação e pelos referenciais teóricos da disciplina. Fornece uma base empírica, constituindo-se um exemplo concreto de intervenções que podem ser implementadas tendo em conta o contexto, abrindo portas para projetos futuros.

É fundamental implementar iniciativas educativas e políticas públicas que contribuam para a prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa com AVC. Na educação, a promoção de *workshops* e seminários direcionados à pessoa, família e profissionais de saúde são essenciais,

devendo ser acessíveis e envolver todos os níveis de cuidado. A sensibilização sobre os fatores de risco, sinais e sintomas do AVC pode aumentar a consciencialização da população, contribuindo para a deteção precoce e prevenção. As políticas de saúde devem incluir estratégias para a prevenção de complicações associadas ao AVC, como a pneumonia, com protocolos claros de monitorização e intervenção precoce. A integração de protocolos e práticas de reabilitação que envolvam toda a equipa multidisciplinar é crucial, garantindo que as pessoas tenham acesso contínuo ao cuidado e a serviços especializados. Neste contexto, os EEER podem fornecer contribuições significativas para o desenvolvimento de planos de saúde respiratórios adaptados à realidade da pessoa com AVC. Reforço a importância de uma maior valorização do papel do ER nos serviços, particularmente nas unidades de AVC. A implementação de planos de cuidados de ER específicos, o registo estruturado das intervenções e a formação contínua das equipas são medidas que podem promover uma melhoria contínua dos cuidados prestados.

As principais dificuldades enfrentadas incluíram o curto período de internamento da pessoa na unidade de AVC, a ausência de registos específicos no sistema informático e a necessidade de conciliar as intervenções de ER com os restantes profissionais da área da reabilitação. Para superar estas barreiras, utilizei estratégias como o planeamento rigoroso das intervenções e do tempo, a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e a priorização das necessidades das pessoas.

O EP constituiu uma oportunidade transformadora que reforçou o meu desenvolvimento profissional. O desenvolvimento de competências na avaliação e intervenção precoce junto da pessoa com AVC, numa fase aguda, bem como a capacidade de refletir criticamente sobre a prática e propor melhorias fundamentadas, foi crucial para a prestação de cuidados de qualidade. Esta reflexão não só evidencia o crescimento profissional alcançado, mas também estabelece as bases para uma prática futura caracterizada pela excelência, inovação e compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, na satisfação da pessoa, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e o autocuidado, na readaptação e na reeducação funcional, na promoção da inclusão social e na organização dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aderinto, N., AbdulBasit, M. O., Olatunji, G., & Adejumo, T. (2023). Exploring the transformative influence of neuroplasticity on stroke rehabilitation: a narrative review of current evidence. *Annals of Medicine & Surgery*, 85(9), 4425-4432. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001137>

Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação Respiratória em Idosos, em contexto de Cuidados Agudos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>

Alves, P. V., Pinheiro, M. J. F., & Marques, F. M. (2024). A metodologia científica do processo de enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 292-298). Lidel – Edições Técnicas.

Amaro, A. F. P., Preto, L. S. R., & Delgado, B. M. (2024). Negligência visuo-espacial após acidente vascular cerebral e suas consequências no autocuidado: uma revisão de escopo. *Open Science Research XVII* (pp.276-292). Científica digital.

American Association of Neurological Surgeons. (2024). Cerebrovascular Disease. <https://www.aans.org/patients/conditions-treatments/cerebrovascular-disease>

Angels Initiative. (2024). About <https://www.angels-initiative.com/about>

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idoso com compromisso no sistema nervoso. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp 164-233). Lidel – Edições Técnicas.

Barata, L. F. (2023). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Braga, M., Ferreira, S., Morais, C., Chiado, A., & Lima, A. (2023). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação em mulheres com incontinência urinária, após o AVC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 1-18.
<https://doi.org/10.33194/rper.2023.288>

Canhão, P., & Melo, T., P. (2023). Acidentes Vasculares Cerebrais. In Ferro, J. M., Pimentel, J. & Martins, I., P. (Eds.) *Neurologia fundamental: Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (3ª ed, pp.71-83). Lidel – Edições Técnicas.

Cardoso, A., & Brito A. (2024). Epistemologia da enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 27-35). Lidel – Edições Técnicas.

Centro de Referência de Fibrose Quística (2024) Processo Assistencial – Fibrose Quística.

Cunha, M., Garcia, S., & Novo, A. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação à mulher idosa com incontinência urinária. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp 627-639). Lidel – Edições Técnicas.

Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, *Diário da República, Série I*(6)
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República, Série I-A*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República, Série I*(157).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Decreto-Lei nº161/1996, de 4 de setembro - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República, Série I-A*(205)
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Deodato, S. (2023). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Dias, M. C., dos Reis, R. S., Santos, J. V., Nunes, A. P., Ferreira, P., Maia, B., Fragata, I., Reis, J., Lopes, J. R., Cruz, L., Santo, G., Machado, E., Gabriel, D., Felgueiras, R., Dória, H. M., Carneiro, A., Correia, M., Veloso, L. M., Barros, P., Gregorio, T. et al., (2022). Nationwide Access to Endovascular Treatment for Acute Ischemic Stroke in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 35(2), 127–134. <https://doi.org/10.20344/amp.15031>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma N^o054/2011: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030: Plano estratégico. <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>

Dzeng, E. (2019). Habermasian communication pathologies in do-not-resuscitate discussions at the end of life: manipulation as an unintended consequence of an ideology of patient autonomy. *Sociology of Health & Illness*, 41(2), 325–342. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12825>

Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3), 89-115. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>

Figueiredo, V., Carvalho A., & Mota, P. (2023). Efeitos do fortalecimento do membro superior, no equilíbrio e na marcha, em idosos pós-acidente vascular cerebral: revisão sistemática. *Sinapse*, 23(1), 21-28. <https://doi.org/10.46531/sinapse/RS/220055/2023>

Freitas, C., Rodrigues, C., Pratas, L., & Almeida, S. (2022). Terapia de espelho na reabilitação do membro superior pós Acidente Vascular Cerebral - Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), <https://doi.org/15-19.10.33194/rper.2021.192>

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 12-18). Lidel – Edições Técnicas.

Godinho De Matos, M. D. F., & Gonçalves Simões, J. A. (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. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

Gomes, C., Marques-Vieira, C., & Braga, R. (2021). A Pessoa com Doença Cerebrovascular. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. L. Baixinho (Coords.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 387-407). Sabooks e Lusodidacta.

Hu, L., & Liu, G. (2021). Effects of early rehabilitation nursing on neurological functions and quality of life of patients with ischemic stroke hemiplegia. *American Journal of Translational Research*, 13(4), 811–818. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8129209/>

Instituto Nacional de Estatística (2024). Informação à comunicação social – Causas de Morte 2022. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646029525&DESTAQUESmodo=2&xlang=p

José, H. (2021). Comunicação Terapêutica: *Skills* e Estratégias. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 61-74). Sabooks Lusodidacta.

José, H., & Sousa, L. (2021). Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Conceção e Integração dos cuidados. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 3-12). Sabooks Lusodidacta.

Kennedy, N. C. (2021). The role of neuroplasticity in stroke nursing. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 17(2). <https://doi.org/10.12968/bjnn.2021.17.Sup2.S20>

Kerouac, S., Ducharme, F., & Pepin, J. (2017). *La pensée infirmière* (4ªed). Chenelière Éducation.

Lacerda, M. R., Santos, M. I. M. P., Tonin, L., & Diogo, P. M. J. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RVI24.18.34542>

Langhorne, P., Ramachandra, S., & Stroke Unit Trialists' Collaboration. (2020). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub4>

Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, *Diário da República, Série I*(171). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro – Código Deontológico do Enfermeiro. *Diário da República, Série I*(181). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Lima, A., Martins, M., Ferreira, M., Schoeller, S., & Parola, V. (2021 a). O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20113>

Marques, R., Sousa-Pontífice, P., & Nené, M. (2024). A cultura do processo reflexivo na construção de competências. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 94-98). Lidel – Edições Técnicas.

Marques-Vieira C, Sousa L, Braga (2023). Reabilitar a pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465-474). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. (2021). A tomada de decisão em Enfermagem. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp.51-60). Sabooks Lusodidacta.

Martins, A. R. S., Ribeiro, O. M. Padilha, J. M., Martins, M. M., Vieira, M. S. M., & Fernandes, C. S. (2023). Estrutura da qualidade dos cuidados nas Unidades de Medicina Física e Reabilitação: perceção dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.318>

Martins, M. M., Lima, A., & Vilela, C. (2024). Projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 165-173). Lidel – Edições Técnicas.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development and Progress* (5thed). Wolters Kluwers Health.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K.H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Melo, P. (2024). A intencionalidade na ação: do cuidado à promoção da autonomia e ao empoderamento. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 310-315). Lidel – Edições Técnicas.

Mendonça, H., Santos, M., Gomes, V., Matos, S., Soares, C. M., & Guerreiro, A. (2024). Gestão de caso: um modelo para a prestação de cuidados. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 257-263). Lidel – Edições Técnicas.

Menoita, E. C., Sousa, L. M., Pão Alvo, I., & Marques-Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas.

Ministério da Saúde & Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Ministério da Saúde. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2024). Assess and Treat - NIH Stroke Scale. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/stroke/assess-and-treat/nih-stroke-scale>

Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp 67-75). Lidel – Edições Técnicas.

Nunes, A. P., Ferreira, P., & Rego, P. M. (2023). Procedimento Sectorial Área das Neurociências: Organização e Funcionamento da Unidade CerebroVascular. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Nunes, L. (2024a). Autonomia e tomada de decisão ética em enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 87-93). Lidel – Edições Técnicas.

Nunes, L. (2024b). Tomada de decisão ética. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 87-93). Lidel – Edições Técnicas.

Oliveira, I. de J., Rodrigues Couto, G., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Lopes Ferreira, P. (2021). The portuguese version of the gugging swallowing screen: results from its application. *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health*, 2(16), 93–101. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24585>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental do Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/PadraoDocumental EER.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (S. S. P. Severino, Trad.). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocu mentacaoCuidEnfReabilitacao Final 2017.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. Mosby.

Organização Mundial da Saúde. (2008). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). 1^a reimpressão. Edusp – Editora. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf

Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 6–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

Páscoa, A., & Rosário, J. O. A. (2024). Competências de gestão e supervisão de cuidados. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 225-229). Lidel – Edições Técnicas.

Pereira, A. I. R. da S., Martins, M. M. F. P. da S., Pereira, R. S. da S., Gomes, B. P., Santos, J., & Cunha, P. A. M. (2020). As cidades de hoje: desafios aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a inclusão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 5-10. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.1.5766>

Pereira, R. P. G., & Puschel, V. A. de A. (2024). Prática de enfermagem baseada em evidências. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 16-19). Lidel – Edições Técnicas.

Pereira, R. S. S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Lourenço, M., Cruz, V. V., & Vargas, C. P. (2024). Reabilitação em Enfermagem Processos de Inclusão e Acessibilidade: Instrumento de avaliação para enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), 1-11. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.412>

Pestana, H. (2023). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Petronilho, F., & Machado, M. (2023). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 3-14). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 67–75). Lidel – Edições Técnicas.

Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro. *Diário da República, Série I*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/174-2014-56720777>

Queirós, P. J. P. (2024). Escolas de pensamento em enfermagem: paradigma da integração. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 44-57). Lidel – Edições Técnicas.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). Clinical Best Practise Guidelines: Person-and Family- Centred Care. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). Best Practise Guidelines: Transitions in Care and Services, 2thed. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II*(26).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, Série II*(85).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Reis, G. & Bule, M. J. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Reimpressão 1ª Edição. Sabooks Editora.

Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021b). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 58-66). Lidel – Edições Técnicas.

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021a). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp 48-57). Lidel – Edições Técnicas.

Rocha, I. D. 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(Sup1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rocha, M. C. J., & Martins, M. R. J. (2024). A evolução do conhecimento científico em enfermagem: metaparadigma, paradigma, filosofia, modelos e teorias de enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 36-43). Lidel – Edições Técnicas.

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. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Sales, L., & Pestana, H. (2024). Desenvolvimento de sistemas de qualidade e segurança. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 263-272). Lidel – Edições Técnicas.

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36–43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Saraiva, B., Ostapiuk, I., Valentès, C. T., Coelho, S., Mendes, O., Fernandes, A. R., Torres, C. B., & Correia, J. (2023). Influência da hipertensão arterial no Acidente Vascular cerebral isquémico: relação íntima que é preciso combater. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, (98), 9-12. <https://doi.org/10.58043/rphrc.110>

Serviço Nacional de Saúde. (2023). Guia de Integração para Enfermeiros. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Serviço Nacional de Saúde. (2025a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – UCC Vila Franca de Xira. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/934/30024/3114351/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde. (2025b). Missão, Visão, Valores e Objetivos <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>

Serviço Nacional de Saúde. (2025c). Missão, Valores e Visão. <https://www.ulssm.min-saude.pt/missao-e-valores/>

Silva, R. P., & Sousa, E. (2020). Continuidade de cuidados de reabilitação entre contextos de saúde: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3 (Sup 1), 70–75. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.9.5815>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(26), 35-44. https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2022) Caracterização das Unidades de AVC. <https://spavc.org/wp-content/uploads/2024/07/Estudo-Caraterizacao-UAVC-1.pdf>

Sousa, L., 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. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, M. B. B. (2024). Os serviços de saúde: contextos de formação e aprendizagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 178-184). Lidel – Edições Técnicas.

Stroke Alliance for Europe & European Stroke Organization (2018). Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030. <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

Teixeira, C., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerra, M. (2023a). Enfermagem e seus metaparadigmas. *Servir*, 2(01e), 68. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31613>

Teixeira, F., Silva, M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2023b). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa com Negligência Hemiespacial – Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.34>

Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). A pessoa submetida a prótese parcial da anca: Relato de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 47–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.163>

Teoli, D., Sanvictores, T., & An, J. (2023). SWOT Analysis. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537302/>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ªed. Lusodidacta.

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 34–37). Lidel – Edições Técnicas.

Ventura, J., Martins, M. M., Trindade, L. L., & Ribeiro, O. (2021). Processo de Trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 28-33). Lisboa: Lidel

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), 98-169.
<https://doi.org/10.1161/str.0000000000000098>

World Health Organization (2022). World Stroke Day 2022.
<https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>

Yu, M., Wang, L., Wang, H., & Wu, H. (2021) The effect of early systematic rehabilitation nursing on the quality of life and limb function in elderly patients with stroke sequelae *American Journal of Translation Research*, 13(8), 9639-9646.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8430147/pdf/ajtr0013-9639.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Quadros clínicos do AVC Isquêmico e Hemorrágico

AVC ISQUÊMICO	
Território Carotídeo	Sinais e Sintomas
Artéria oftálmica	- Cegueira ipsilateral - Amaurose fugaz ipsilateral
Artéria cerebral anterior	- Paresia do membro inferior contralateral - Afasia transcortical (hemisfério esquerdo) - Incontinência
Artéria coroideia anterior	- Hemiparesia contralateral - Hemihipostesia contralateral - Hemianopsia contralateral
Artéria cerebral média	
Todo território	- Hemiparesia e hemihipostesia contralaterais - Desvio ocular conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia - Afasia global (hemisfério esquerdo) - Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) - Neglet - Hemianopsia homónima contralateral
Ramo ântero-superior	- Hemiparesia contralateral, de predomínio braquiofacial - Hemi-hipostesia contralaterais - Afasia não fluente (hemisfério esquerdo) - Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) - <i>Neglet</i> (hemisfério direito)
Ramo póstero-inferior	- Afasia fluente (hemisfério esquerdo) - Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) - <i>Neglet</i> - Quadrantopsia contralateral
Ramos profundos	- Hemiparesia contralateral - Hemi-hipostesia contralateral
Território vertebrobasilar	Sinais e sintomas
Artérias vertebrais, artéria basilar e os seus ramos	- Desequilíbrio, ataxia - Vertigem, nistagmo - Diplopia, paresia dos movimentos musculares - Disartria - Disfagia, soluços - Sonolência, coma - Paresias e/ou alteração da sensibilidade bilaterais

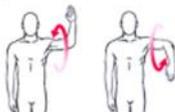
Artéria cerebral posterior	<ul style="list-style-type: none"> - Hemianopsia homónima contralateral - Hemi-hipostesia contralateral - Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo) - Agnosia para as cores (hemisfério esquerdo) - Agnosia visual (hemisfério esquerdo)
AVC HEMORRÁGICO	
Hemorragia intracerebral	Sinais e sintomas
Hemisférica profunda	<ul style="list-style-type: none"> - Hemiparesia e Hemi-hipostesia contralaterais - Afasia global (hemisfério esquerdo) - <i>Neglet</i> (hemisfério direito) - Desvio ocular conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia - Cefaleias - Náuseas e vômitos - Deterioração progressiva da vigília
Hemisférica lobar	<ul style="list-style-type: none"> - Afasia - Hemianópsia - <i>Neglet</i> - Cefaleias
Cerebelo	<ul style="list-style-type: none"> - Ataxia ipsilateral - Desequilíbrio, incapacidade para a marcha, vertigem - Cefaleias - Náuseas e vômitos
Protuberância	<ul style="list-style-type: none"> - Tetraparesia - Pupilas mióticas - Oftalmoparesia - Coma
Hemorragia subaracnoideia	<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleia - Náuseas e vômitos - Alteração da vigília

Fonte: (Canhão & Melo, 2023)

APÊNDICE II

Guia de Exercícios: Reabilitação do Ombro e Braço

ROTAÇÃO EXTERNA E INTERNA



Com o braço na posição de acenar, rode o braço para cima e para baixo.

Exercícios do ANTEBRAÇO

PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO



Com o braço estendido, vire o braço para baixo e para cima.

Exercícios do COTOVELO

FLEXÃO E EXTENSÃO



Dobre o cotovelo, levando a mão em direção ao ombro. Depois estenda o braço levando a mão para longe do ombro.



ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Guia de Exercícios: Reabilitação do Ombro e Braço

Elaborado por:
Enf.ª Luciana Toscano
Enf.º Pedro Rodrigues

Coordenado por:
EER Ana Paula Oliveira
EER Antónia Garanhel

Julho, 2024

É essencial realizar exercícios diariamente e seguir as orientações dos Enfermeiros de Reabilitação para uma recuperação eficaz e segura.

Mantenha-se motivado e alegre, os resultados dependem de si!

Lembre-se, se sentir dor ou desconforto, pare um pouco e consulte o seu Enfermeiro de reabilitação.



Antes de começar... Reabilitação, porquê?

A reabilitação é fundamental para recuperar a força e a mobilidade. Os exercícios propostos neste guia são cruciais para ajudá-lo a realizar as suas atividades de vida diárias que são importantes para a sua independência e promovem a sua qualidade de vida, como vestir-se, tomar banho, cozinhar...

Os exercícios...

- São curtos, fáceis de realizar e não ocupam muito tempo do seu dia.
- Qualquer pessoa pode fazê-los, respeitando sempre as indicações do seu Enfermeiro de Reabilitação.

Como deve fazer?

- Deve fazer os exercícios 1 a 2 vezes por dia, dependendo da sua tolerância ao esforço;
- Em cada vez, deve fazer 3 séries de 10 repetições e descansar entre as séries: (10 -> Descanso -> 10 -> Descanso -> 10);
- Deve realizar os exercícios em cada braço;
- Quando alcançar uma boa capacidade ao esforço e ao exercício, deve consultar o Enfermeiro de Reabilitação, pois este pode prescrever novos exercícios e aumentar as repetições.

IMPORTANTE!

Antes de iniciar, deve realizar um exercício de respiração, para se preparar. Deve repeti-lo 5 vezes.

- Encha o peito de ar inspirando profundamente pelo nariz.
- Liberte lentamente o ar pela boca até ficar com a sensação de pulmões vazios.

Durante a realização de cada exercício, deve fazer esta respiração, libertando o ar para fora na fase em que faz mais força.

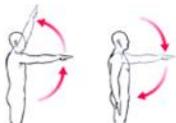
Exercícios do OMBRO

ELEVAÇÃO E DEPRESSÃO



Levante os ombros em direção às orelhas, como se estivesse a encolhê-los. Depois baixe os ombros, voltando à posição normal.

FLEXÃO E EXTENSÃO



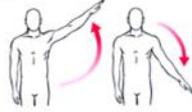
Com o braço estendido junto ao corpo, levante o braço à frente do corpo até à altura acima da cabeça e volte à posição inicial.

HIPEREXTENSÃO



Com o braço estendido junto ao corpo, leve-o para trás do corpo e depois volte à posição inicial.

ABDUÇÃO E ADUÇÃO



Com o braço estendido junto ao corpo, afaste o braço do corpo o máximo que conseguir e depois traga o braço novamente junto ao corpo.

APÊNDICE III

Guia de Exercícios: Reabilitação da Mão

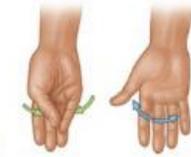
ABDUÇÃO E ADUÇÃO



Com os dedos esticados, afaste todos os dedos e volte a juntá-los.

Abdução Adução

OPONÊNCIA DO POLEGAR



Toque com o polegar na ponta de cada dedo.

Unidade de Cuidados à Comunidade de Vila Franca de Xira



ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

É essencial realizar os exercícios diariamente e seguir as orientações do seu Enfermeiro de Reabilitação para uma recuperação eficaz e segura.

Mantenha-se motivado e alegre, os resultados dependem de si!

Lembre-se, se sentir dor ou desconforto, pare um pouco e consulte o seu Enfermeiro de reabilitação.



Antes de começar... Reabilitação, porquê?

A **reabilitação** é fundamental para recuperar a força e a mobilidade. Os exercícios propostos neste guia são cruciais para ajudá-lo a realizar as suas atividades de vida diárias que são importantes para a sua independência e promovem a sua qualidade de vida, como vestir-se, tomar banho, cozinhar...



Os exercícios...

- São curtos, fáceis de realizar e não ocupam muito tempo do seu dia.
- Qualquer pessoa pode fazê-los, respeitando sempre as indicações do seu Enfermeiro de Reabilitação.

Como deve fazer?

- Deve fazer os exercícios 1 a 2 vezes por dia, dependendo da sua tolerância ao esforço;
- Em cada vez, deve fazer 3 séries de 10 repetições e descansar entre as séries: (10 -> Descanso -> 10 -> Descanso -> 10);
- Deve realizar os exercícios para cada mão;
- Quando alcançar uma boa capacidade ao esforço e ao exercício, deve consultar o Enfermeiro de Reabilitação, pois este pode prescrever novos exercícios e aumentar as repetições.

IMPORTANTE!

Antes de iniciar, deve realizar um **exercício de respiração**, para se preparar. Deve repeti-lo 5 vezes.

- Encha o peito de ar inspirando profundamente pelo nariz.
- Liberte lentamente o ar pela boca até ficar com a sensação de pulmões vazios.

Durante a realização de cada exercício, deve fazer esta respiração, libertando o ar para fora na fase em que faz mais força.

Guia de Exercícios: Reabilitação da Mão

Elaborado por:
Enf.ª Luciana Toscano
Enf.º Pedro Rodrigues

Coordenado por:
EER Ana Paula Oliveira
EER Antónia Garanhel

Julho, 2024

Exercícios do PUNHO

FLEXÃO E EXTENSÃO



Dobre o punho para a cima e para baixo.

DESVIO CUBITAL E RADIAL



Movimente o punho em direção ao polegar e depois em direção ao dedo mindinho.

Exercícios dos DEDOS

FLEXÃO E EXTENSÃO

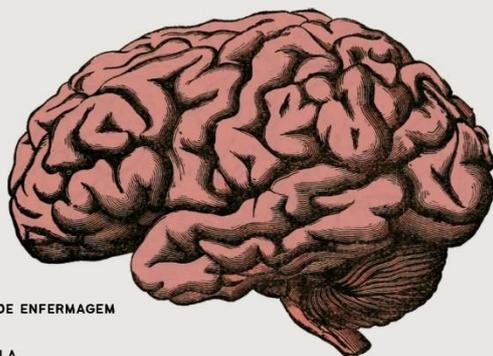


Dobre todos os dedos, fechando a mão. Depois estique os dedos, abrindo a mão.

APÊNDICE IV

Livro de Bolso: Exame Neurológico através dos pares cranianos

EXAME NEUROLÓGICO - PARES CRANIANOS



REALIZADO PELAS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO:
ENF^ª LUCIANA TOSCANO - ESSATLA
ENF^ª MARIA LEONOR ALMEIDA - ESEL
2025

O EXAME NEUROLÓGICO É UMA COMPONENTE ESSENCIAL DA AVALIAÇÃO FÍSICA E DA ANAMNESE DA PESSOA. DEVE SER REALIZADO NUM AMBIENTE CALMO E TRANQUILO PARA GARANTIR A PRECISÃO DOS RESULTADOS.

A AVALIAÇÃO DOS 12 PARES CRANIANOS SEGUE UMA ABORDAGEM SISTEMÁTICA, RECORRENDO A DIVERSAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS QUE POSSIBILITAM A DETECÇÃO DE ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS SIGNIFICATIVAS.

- I PAR - NERVO OLFATIVO/OLFATÓRIO
- II PAR - NERVO ÓTICO
- III PAR - OCULOMOTOR
- IV PAR - TROCLEAR/PATÉTICO
- V PAR - TRIGÉMIO
- VI PAR - ABDUCENTE
- VII PAR - FACIAL
- VIII PAR - AUDITIVO/ESTATO-ACÚSTICO
- IX PAR - GLOSSOFARÍNGEO
- X PAR - VAGO
- XI PAR - ESPINHAL/ACESSÓRIO
- XII PAR - GRANDE HIPOGLOSSO

(MENOITA, 2012)

I PAR- NERVO OLFATIVO/OLFATÓRIO

COMPONENTE: SENSITIVO

FUNÇÃO: OLFATO



AVALIAÇÃO:

1. VERIFICAR SE HÁ ALGUMA CONDIÇÃO QUE POSSA AFETAR A MUCOSA NASAL, COMO RINITE;
2. UTILIZAR SUBSTÂNCIAS FACILMENTE IDENTIFICÁVEIS E NÃO IRRITATIVAS, COMO CAFÉ, CANELA OU HORTELÃ (EVITAR ÁLCOOL OU AMONÍACO).
3. SOLICITAR À PESSOA PARA FECHAR OS OLHOS E TAPAR UMA NARINA;
4. APROXIMAR UMA DAS SUBSTÂNCIAS DA OUTRA NARINA;
5. REPETIR O PROCEDIMENTO DO OUTRO LADO;
6. PERGUNTAR À PESSOA SE CONSEGUE SENTIR E IDENTIFICAR O CHEIRO.

(MENOITA, 2012)

II PAR- NERVO ÓTICO

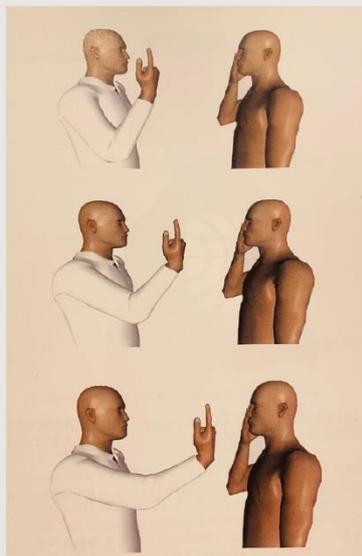
COMPONENTE: SENSITIVO

FUNÇÃO: ACUIDADE VISUAL E CAMPO VISUAL

AVALIAÇÃO:

ACUIDADE VISUAL: (POR CONFRONTAÇÃO)

1. SOLICITAR À PESSOA QUE FECHÉ UM DOS OLHOS;
2. FAZER A CONTAGEM DOS DEDOS A VÁRIAS DISTÂNCIAS;
3. REALIZAR BILATERALMENTE.

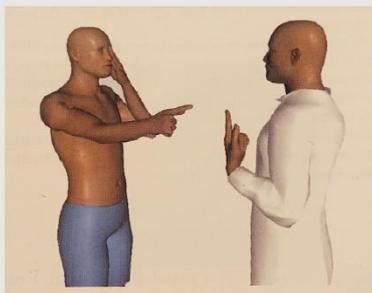


(MENOITA, 2012)

II PAR- NERVO ÓTICO

CAMPO VISUAL (POR CONFRONTAÇÃO):

1. SOLICITAR À PESSOA PARA FIXAR OS SEUS OLHOS NO NARIZ DO PROFISSIONAL;
2. DESLOCAR AS MÃOS PELO CAMPO PERIFÉRICO DA PESSOA, ABRINDO E FECHANDO, ALTERNADAMENTE UMA MÃO, DEPOIS A OUTRA MÃO E, POR FIM, AMBAS;
3. QUESTIONAR A PESSOA SE CONSEGUE VER AS MÃOS E SE ESTAS ESTÃO EM MOVIMENTO OU PARADAS.



(MENOITA, 2012)

III PAR - OCULOMOTOR

COMPONENTE: MOTOR

FUNÇÃO: MIOSE, ELEVAÇÃO DA PÁLPEBRA SUPERIOR, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO DO OLHO



IV PAR – TROCLEAR/PATÉTICO

COMPONENTE: MOTOR

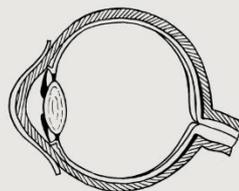
FUNÇÃO: MOTRICIDADE DO MÚSCULO OBLÍQUO SUPERIOR DO BULBO DO OLHO – ROTAÇÃO DO OLHO



VI PAR – ABDUCENTE

COMPONENTE: MOTOR

FUNÇÃO: MOTRICIDADE DO MÚSCULO RETO LATERAL DO BULBO DO OLHO – ABDUÇÃO DO OLHO



(MENOITA, 2012)

AVALIAÇÃO DAS PUPILAS:

1. ESCURECER O LOCAL DA AVALIAÇÃO;
2. FIXAR A CABEÇA DA PESSOA COM A MÃO;
3. INCIDIR UM FOCO DE LUZ POUCO BRILHANTE (EXEMPLO: LANTERNA) DO CANTO EXTERNO PARA O INTERNO DE CADA OLHO;
4. OBSERVAR AS PUPILAS QUANTO A REAÇÃO À LUZ, O TAMANHO (1,2,3,4...9MM) E FORMA;

AVALIAÇÃO DOS MOVIMENTOS CONJUGADOS:

1. PEDIR À PESSOA QUE ACOMPANHE OS DEDOS DO PROFISSIONAL NOS 4 QUADRANTES E EM DIREÇÃO À PONTA DO NARIZ;
2. OBSERVAR SE A PESSOA TEM LIMITAÇÕES NA LEVOVERSÃO (PARA A ESQUERDA), DEXTROVERSÃO (PARA A DIREITA), SUPRAVERSÃO (PARA CIMA) E INFRAVERSÃO (PARA BAIXO).

(MENOITA, 2012)

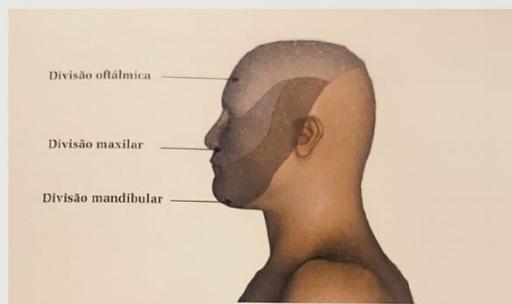
V PAR- NERVO TRIGÉMIO

COMPONENTE: MOTOR E SENSITIVO

FUNÇÃO:

- MÚSCULOS DA MASTIGAÇÃO (MASSÉTER, TEMPORAL, PTERIOGOIDEUS INTERNO E EXTERNO);
- SENSIBILIDADE DA FACE, CAVIDADE ORAL (SENSIBILIDADE NOS 2/3 ANTERIORES DA LÍNGUA, PALATO MOLE E DENTES);

DIVIDIDO EM 3 RAMOS: NERVO OPTÁLMICO, NERVO MAXILAR E NERVO MANDIBULAR.



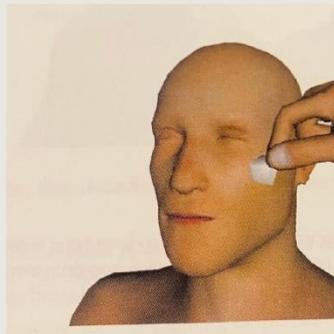
(MENOITA, 2012)

V PAR- NERVO TRIGÉMIO

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DA FACE (TÁTIL, TÉRMICA E DOLOROSA):

1. TOCAR NAS TRÊS DIVISÕES DO NERVO TRIGÉMIO, SOLICITANDO À PESSOA PARA FECHAR OS OLHOS, UTILIZANDO:

- TÁTIL: COMPRESSA;
- TÉRMICA: ÁGUA FRIA E ÁGUA QUENTE;
- DOLOROSA: PONTA DA CANETA (NUNCA UMA AGULHA).



AVALIAÇÃO DOS MÚSCULOS DA MASTIGAÇÃO:

1. SOLICITAR À PESSOA QUE ENCERRE A MANDÍBULA;
2. PALPAR ESSES MÚSCULOS, IDENTIFICANDO A CAPACIDADE DA PESSOA EM ENCERRAR E MOVER A MANDÍBULA BILATERALMENTE;
3. OBSERVAR SE EXISTE SIMETRIA (A MANDÍBULA DESVIA-SE PARA O LADO DA PARESIA);

(MENOITA, 2012)

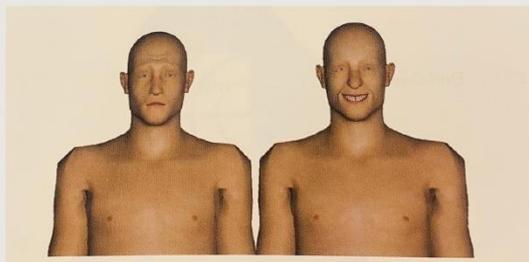
VII PAR- NERVO FACIAL

COMPONENTE: MOTOR, SENSITIVO E PARASSIMPÁTICO.

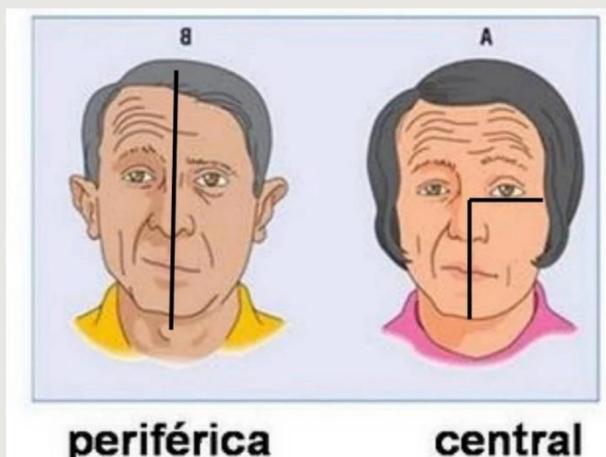
FUNÇÃO: MÚSCULOS DA FACE (RESPONSÁVEL PELA MÍMICA DA FACE); PALADAR NOS 2/3 ANTERIORES DA LÍNGUA; FUNÇÃO PARASSIMPÁTICA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E LACRIMAIS.

AVALIAÇÃO:

- ANAR SUPERIOR: SOLICITAR À PESSOA PARA FECHAR OS OLHOS COM FORÇA E ENRUGAR A TESTA;
- ANAR INFERIOR: SOLICITAR À PESSOA PARA SORRIR E MOSTRAR OS DENTES.



(MENOITA, 2012)



- QUANDO OCORRE UMA PARÉSIA DO ANDAR INFERIOR (PARÉSIA FACIAL CENTRAL) EXISTE APAGAMENTO DO SULCO NASOGENIANO DO LADO DA PARÉSIA E DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA O LADO SÃO.
- QUANDO OCORRE UMA PARÉSIA DOS DOIS ANDARES (PARÉSIA FACIAL PERIFÉRICA), A PESSOA NÃO CONSEGUE ENCERRAR A PÁLPEBRA.

VIII PAR - NERVO AUDITIVO/ESTÁTICO-ACÚSTICO

COMPONENTE: SENSITIVO

FUNÇÃO: AUDIÇÃO E EQUILÍBRIO.

AValiação da Audição:

1. SOLICITAR À PESSOA QUE FECHÉ AMBOS OS OLHOS;
2. O PROFISSIONAL BATE AS PALMAS;
3. SOLICITAR À PESSOA QUE IDENTIFIQUE O SOM.



(MENOITA, 2012)

VIII PAR - NERVO AUDITIVO/ESTÁTICO-ACÚSTICO

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO:

1. AVALIAR A PRESENÇA DE TONTURAS OU VERTIGENS;
2. AVALIAR O EQUILÍBRIO ESTÁTICO SENTADO: PEDIR À PESSOA PARA SE SENTAR E APOIAR AS SUAS MÃOS DE LADO, SUPORTANDO O PESO DO TRONCO, DE FORMA A MANTER O EQUILÍBRIO;
3. AVALIAR O EQUILÍBRIO DINÂMICO SENTADO: PEDIR À PESSOA QUE SE MANTENHA SENTADA, INDUZIR UM LIGEIRO BALANCEAR NO TRONCO DA PESSOA, PARA COMPENSAR O MOVIMENTO, RECUPERANDO O EQUILÍBRIO),
4. AVALIAR O EQUILÍBRIO ESTÁTICO EM PÉ (TESTE DE ROMBERG): COLOCAR A PESSOA EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA, COM CALCANHARES UNIDOS E PÉS SEPARADOS EM 30°, SOLICITAR À PESSOA QUE COLOQUE OS MEMBROS SUPERIORES AO LONGO DO CORPO NA POSIÇÃO ANATÓMICA E QUE FECHÉ OS OLHOS DURANTE UM MINUTO.

IX PAR - NERVO GLOSSOFARÍNGEO

COMPONENTE: MOTOR E SENSITIVO

FUNÇÃO: PERCEÇÃO GUSTATIVA NO TERÇO POSTERIOR DA LÍNGUA, PERCEÇÕES SENSORIAIS DA FARINGE, LARINGE E PALATO.

AVALIAÇÃO:

1. TESTAR A CAPACIDADE DA PESSOA ATRAVÉS DO RECONHECIMENTO DE SABORES COMO O DOCE (AÇÚCAR) OU SALGADO (SAL), NO TERÇO POSTERIOR DA LÍNGUA.

(MENOITA, 2012)

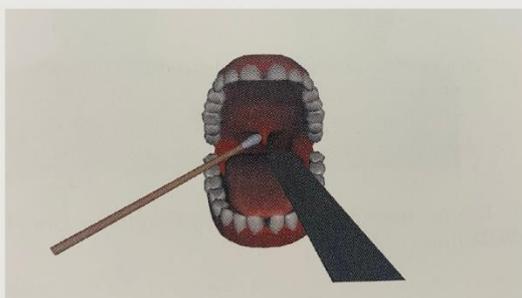
X PAR - NERVO VAGO

COMPONENTE: MOTOR E SENSITIVO

FUNÇÃO: PERCEÇÕES SENSORIAIS DA ORELHA, FARINGE, LARINGE, TÓRAX.

AValiação:

1. AVALIAR O REFLEXO DE VÔMITO, TOCANDO COM UMA ESPÁTULA NA PORÇÃO POSTERIOR DA LÍNGUA;
2. VERIFICAR SE EXISTEM ALTERAÇÕES DO TOM DE VOZ (HIPOFONIA OU DISFONIA), FADIGA VOCAL, TOSSE INEFICAZ OU DOR LOCAL.



(MENOITA, 2012)

XI PAR - NERVO ESPINHAL/ACESSÓRIO

COMPONENTE: MOTOR

FUNÇÃO: MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTÓIDEO E TRAPÉZIO (ROTAÇÃO E FLEXÃO CERVICAL).

AValiação:

1. SOLICITAR À PESSOA PARA LATERALIZAR A CABEÇA, EXERCENDO RESISTÊNCIA COM UMA MÃO;
2. SOLICITAR À PESSOA QUE ELEVE OS OMBROS, EXERCENDO RESISTÊNCIA COM AS MÃOS BILATERALMENTE.

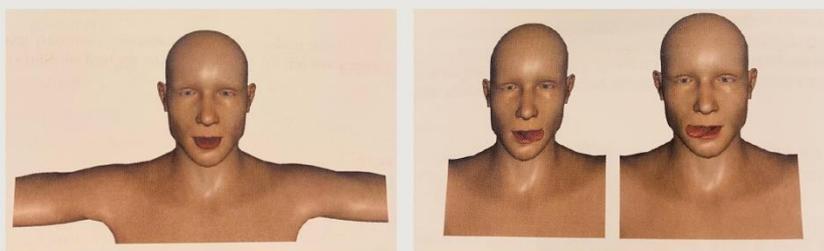
XII PAR - NERVO GRANDE HIPOGLOSSO

COMPONENTE: MOTOR

FUNÇÃO: MÚSCULOS INTRÍNSECOS DA LÍNGUA.

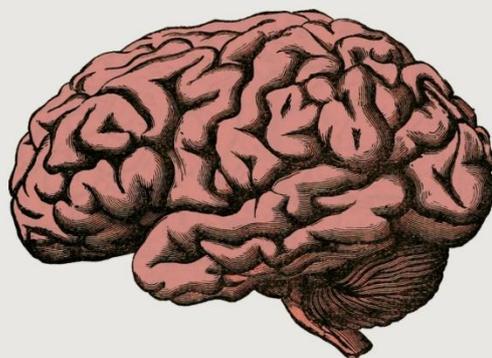
AVALIAÇÃO:

1. SOLICITAR À PESSOA QUE REALIZE A PROTRUSÃO DA LÍNGUA;
2. SOLICITAR À PESSOA QUE MOVA A LÍNGUA PARA A DIREITA E PARA A ESQUERDA PARA OBSERVAR DESVIOS OU TREMORES DA LÍNGUA;
3. VERIFICAR SE HÁ DESVIO DA ÚVULA OU ACUMULAÇÃO DE SALIVA NA FOSSA PIRIFORME.



(MENOITA, 2012)

COM CONHECIMENTO E ATENÇÃO, O EXAME NEUROLÓGICO PODE FAZER A DIFERENÇA NO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO.



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

MENOITA, E. C. (2012). REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: CONTRIBUTOS PARA UM ENVELHECER RESILIENTE. LUSOCIÊNCIA: EDIÇÕES TÉCNICAS E CIENTÍFICAS.

APÊNDICE V

Relato de Caso Clínico: Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade

Trabalho académico

**Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese
do cotovelo: Relato de Caso Clínico**

Unidade de Cuidados na Comunidade

Elaborado por:

Luciana Toscano nº 2023049

Orientado por:

Professora Sandy Severino

Bacarena, junho 2024

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Saúde Atlântica

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho Académico

**Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese
do cotovelo: Relato de Caso Clínico**

Elaborado por:

Luciana Toscano nº 2023049

Orientado por:

Professora Sandy Severino

Bacarena, junho de 2024

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

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. MATERIAIS E MÉTODOS	11
1.1 Apresentação do Caso Clínico.....	12
1.2 Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação	13
1.3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	15
2. RESULTADOS.....	20
3. DISCUSSÃO	22
CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Avaliação inicial de ER.....	13
Quadro 2: Resultados do plano de ER.....	20
Quadro 3: Avaliação do conhecimento e capacidades.....	21

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AM - Auxiliar de Marcha

AVD - Atividades de Vida Diárias

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER – Enfermagem de Reabilitação

INE - Instituto Nacional de Estatística

MID - Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MSD - Membro Superior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

RFM - Reeducação Funcional Motora

UPP - Úlcera Por Pressão

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população, aumenta a prevalência das quedas, tendo um impacto negativo na vida da pessoa e família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação elabora planos de Reeducação Funcional Motora à pessoa com fratura do fêmur e do cotovelo submetida a intervenção cirúrgica, com o objetivo de melhorar a independência funcional e a qualidade de vida.

Objetivo: Identificar os ganhos de um programa de reabilitação de Reeducação Funcional Motora à pessoa submetida a hemiartroplastia da anca e osteossíntese do cotovelo direito, em contexto domiciliário.

Metodologia: Relato de caso clínico, baseado nos dados obtidos nos sistemas de informação e entrevista, culminando na avaliação diagnóstica e no plano de cuidados.

Resultados: Após a implementação de um plano de Reeducação Funcional Motora com exercícios, treino de equilíbrio e de marcha, foram evidenciados ganhos significativos a nível do tecido cicatricial, força muscular, pôr-se de pé, equilíbrio corporal e andar com auxiliar de marcha num período de um mês.

Conclusão: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pessoas submetidas a hermiartroplastia da anca e osteossíntese do cotovelo é essencial para a recuperação da sua autonomia e capacidade funcional bem como promoção da sua qualidade de vida.

DESCRITORES: fratura do fêmur, fratura do cotovelo, reeducação funcional motora enfermagem de reabilitação.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio de Reabilitação na Comunidade integrada no plano de estudos do 2º semestre do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a realização de um relato de caso clínico que permita demonstrar os conhecimentos adquiridos na realização e implementação de planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER), no contexto comunitário.

Neste sentido, foi selecionada uma pessoa do sexo feminino submetida a hermiartroplastia da anca direita e também a osteossíntese do cotovelo, a nível do oleocrânio, em que foi elaborado um plano de cuidados de ER em contexto domiciliário.

A esperança média de vida tem aumentado significativamente nas últimas décadas, o que se traduz num envelhecimento crescente da população. Estima-se que até 2030, uma em cada seis pessoas no mundo terá 60 anos ou mais. A proporção com idade igual ou superior a 60 anos em 2030 será de 1,4 biliões e em 2050 de 2,1 biliões (World Health Organization, 2022).

De acordo com os dados dos Censos 2021, divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal registou um aumento significativo da população idosa e uma diminuição na população jovem com uma proporção de 182 idosos para cada 100 jovens. Assim, Portugal é o 4º país no Mundo com o maior índice de envelhecimento (Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024).

O envelhecimento caracteriza-se por uma progressiva diminuição da capacidade física e mental, um risco crescente de aparecimento de doenças e consequentemente pela morte. Este processo está associado a condições como fragilidade, incontinência urinária, *delirium*, úlceras de pressão e ocorrência de quedas (World Health Organization, 2022).

As quedas constituem um problema de saúde pública, devido à sua prevalência e ao impacto que tem na vida da pessoa, família e comunidade (Rocha et al., 2022). Segundo os dados registados pelo sistema Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, em 2022, a queda foi o acidente doméstico e de lazer mais frequente na admissão nos serviços de urgências hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, representando 68,7% dos casos (Alves et al., 2024). As quedas ocorrem em todas as faixas etárias, contudo, é na população mais

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hemiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

idosa que se verifica uma maior prevalência do risco de queda e dos consequentes danos. Entre 28% a 35% da população com 65 anos ou mais apresenta uma queda anualmente, aumentando essa prevalência para 32% a 42% na população com idade superior a 70 anos (Despacho nº1400-A, 2015).

As alterações fisiológicas, comportamentais e ambientais, como as barreiras arquitetônicas, são os principais fatores de risco para a ocorrência de quedas na pessoa idosa (Rocha et al, 2022). Podem originar alterações no grau de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, limitando a realização das suas Atividades de Vida Diárias (AVD). Os diagnósticos mais frequentes são os traumatismos cranianos, as lesões dos membros superiores e as fraturas da anca (Despacho nº1400-A, 2015).

A fratura é definida como toda e qualquer interrupção brusca da continuidade de um osso ou cartilagem, podendo ser completa ou incompleta. Manifesta-se por dor, deformidade do segmento ósseo, incapacidade em sustentar o peso do corpo e mobilidade anormal. O diagnóstico é realizado através de telerradiografia e caso esta seja inconclusiva, recorre-se à tomografia computadorizada ou ressonância magnética (Nunes, 2021).

“Na fratura do colo do fêmur, o traço da fratura estende-se desde um ponto externo, localizado logo abaixo da cabeça do fêmur, até um ponto interno, localizado no colo femoral a uma altura variável”. Caracteriza-se também pelo encurtamento e rotação externa do membro inferior (Nunes, 2021, p.101). O tratamento de eleição consiste na intervenção cirúrgica através de hemiartroplastia, colocação de prótese apenas na região proximal do fêmur, e de artroplastia total da anca, onde a prótese é colocada na região proximal do fêmur e no acetábulo (Nunes, 2021).

O olecrânio é uma parte da ulna que se articula com o úmero no cotovelo. As fraturas do cotovelo resultam em dor no cotovelo e limitação na movimentação da articulação. O tratamento pode ser conservador com colocação de tala gessada ou intervenção cirúrgica com realização de redução e osteossíntese. É realizada redução dos fragmentos e osteossíntese, abordagem que consiste na reconstrução cirúrgica com fixação de placas (Nunes, 2021).

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hemiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) possui competências específicas para intervir junto da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e em diferentes contextos de cuidados, maximizando a sua funcionalidade. Para isso, identifica necessidades de reabilitação, concebe e implementa planos de Reeducação Funcional Motora (RFM) e ajusta programas de treino motor de acordo com os resultados obtidos. Estas intervenções visam otimizar a independência funcional e melhorar a qualidade de vida (Regulamento nº392/2019). Nos últimos anos, no contexto comunitário, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as respetivas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) têm vindo a integrar o EEER, destacando-se a sua intervenção especializada na resposta a problemas e necessidades decorrentes de compromissos no sistema musculoesquelético (Lourenço et al., 2021).

Perante o supracitado, o presente relato de caso clínico tem como objetivo geral identificar os ganhos de um programa de reabilitação de RFM à pessoa submetida a hemiartroplastia da anca e osteossíntese do cotovelo direito em contexto domiciliário. Os objetivos específicos incluem: identificar as alterações músculo-esqueléticas e de funcionalidade com recurso a escalas de avaliação validadas; identificar os principais diagnósticos de ER, implementar um programa de ER individualizado e avaliar os resultados do programa implementado.

O relato de caso clínico está estruturado: na introdução, é realizada uma revisão da literatura que inclui a relevância da temática abordada, o enquadramento epidemiológico, a sua fisiopatologia e os objetivos do estudo. Os materiais e métodos detalham a apresentação do caso, a avaliação da pessoa e o plano de cuidados realizado com os diagnósticos e intervenções definidas. Nos resultados são abordados os ganhos do programa de ER implementado. A discussão compara os resultados obtidos com a literatura existente e discute como este relato contribuiu para o desenvolvimento de competências. Nas considerações finais, são destacados os achados mais relevantes e as implicações para a área da ER.

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato de caso clínico foi realizado com base nos critérios de avaliação da plataforma *Enhancing the Quality and Transparency Of health Research*. A diretriz utilizada foi a *Case Report* que providenciou indicações claras que permitiram a elaboração do relato de forma organizada e lógica. Este tipo de estudo oferece evidências científicas que podem ser úteis para futuras pesquisas e práticas clínicas (Riley et al., 2017).

A informação sobre a pessoa em estudo foi obtida através da consulta do seu processo no sistema informático SClínico e na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) bem como de uma entrevista estruturada, observação e realização do exame físico. Ao longo do relato, a pessoa em estudo é identificada como a senhora M. Esta foi devidamente informada sobre a realização do presente relato de caso clínico tendo assinado o consentimento informado, livre e esclarecido, que garante o respeito pelos seus direitos e confidencialidade.

A avaliação diagnóstica foi realizada na primeira visita domiciliária pelo EEER, onde foi realizada a avaliação da pessoa com recurso aos seguintes instrumentos de avaliação (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

- Avaliação da dor pela escala Numérica da Dor;
- Força Muscular pela escala de *Lower*;
- Equilíbrio pela escala Simples do Equilíbrio;
- Marcha pela *Classificação Funcional da Marcha de Holden*;
- Risco de Úlcera por Pressão (UPP) pela escala de *Braden*;
- Risco de queda pela Escala de *Morse*;
- AVD pela escala de *Barthel*;
- AIVD pelo índice de *Lawton*;
- Sobrecarga do cuidador pela escala de *Zarit*.

Posteriormente foram identificados os principais diagnósticos de ER e delineado um plano de cuidados de ER em linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem,

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

tendo por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e a Ontologia em Enfermagem. Foi implementado um programa de reabilitação de RFM direcionado para a pessoa em estudo durante um mês no ano de 2024. Após a sua implementação, procedeu-se a uma avaliação dos seus resultados.

1.1 Apresentação do Caso Clínico

Utente do sexo feminino de 81 anos de idade. Caucasiana e de nacionalidade portuguesa. Com labilidade emocional derivado ao falecimento do marido em dezembro de 2023. Reformada de funcionária fabril de armamento militar. Residia sozinha em domicílio próprio em 2º andar com elevador e rampa à entrada do prédio. Atualmente reside em casa da filha que é a principal cuidadora, mas tem outro filho cuidador que reside em freguesia próxima e que está presente nas sessões de ER. Ambos os filhos têm vida laboral ativa.

Antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial, Sarcoidose, Prótese Total do joelho direito em dezembro de 2023, Síndrome Depressivo.

Medicação Habitual: Vitamina D uma vez por mês, gabapentina 100mg uma vez por dia e paracetamol 1g em SOS, sem outra medicação relevante para o programa de reabilitação.

A Senhora M. apresentou uma queda da própria altura enquanto fazia uma caminhada com a filha em meio exterior. Resultou uma fratura do colo do fémur à direita, tendo sido submetida a hermiartroplastia e também uma fratura do olecrânio à direita, submetida a osteossíntese. Referenciada para RNCCI e admitida na ECCI pertencente à UCC da atual residência para promoção e continuidade do processo de reabilitação. Anteriormente ao episódio de queda, encontrava-se independente na realização de todas as AVD e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A Senhora M. tem como expetativas para o programa de reabilitação, recuperar a independência e regressar para domicílio próprio.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1.2 Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

Quadro 1: Avaliação inicial de ER

Avaliação Inicial	
Estado de Consciência	Escala de Coma de Glasgow: 15/15: abertura ocular espontânea, orientada e obedece a ordens.
Visão	Diminuição acuidade visual com utilização de óculos.
Audição	Hipoacusia bilateral.
Linguagem	Sem alterações.
Sinais Vitais	Tensão Arterial: 125/62mmHg Frequência Cardíaca: 65bpm; SpO2: 95%; Temperatura Timpânica: 36,2°C.
Dor	Escala Numérica da Dor: 4/10, dor moderada à mobilização do cotovelo direito.
Gestão do Regime Terapêutico	Assegurado pela filha cuidadora com devido compromisso e responsabilidade e com o apoio do outro filho.
Pele	Pele íntegra, hidratada e cuidada, sem sinais de Úlcera Por Pressão (UPP). Mucosas coradas e hidratadas. A nível da anca e joelho direito apresenta feridas cirúrgicas cicatrizadas, expostas e sem sinais inflamatórios. A nível do cotovelo direito apresenta ferida cirúrgica cicatrizada, mas com sinais inflamatórios (edema, rubor, calor e dor).
Risco de UPP	Escala de Braden: 17 pontos, baixo risco de desenvolvimento de UPP.
Eliminação	Padrão vesical e intestinal mantidos.
Habitação	Apartamento 3º andar, sem elevador e com escadas com apoio de corrimão unilateral. Casa cuidada e arejada com tapetes nas zonas de circulação. Entrada do prédio com 3 degraus sem corrimão.
Ajudas Técnicas	Tripé, alteador sanitário, cadeirão inclinável e ajustável, estrado de cama articulado embutido em cama de casal.
Sensibilidade	<u>Sensibilidade superficial:</u> A pessoa com os olhos fechados, avaliada sensibilidade bilateralmente dos segmentos corporais dos membros superiores e inferiores, da região distal para a proximal). – Sensibilidade tátil: Avaliada com estímulo com uma compressa. Sem alterações. – Sensibilidade dolorosa: Avaliada com estímulo com ponta de caneta. Sem alterações.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilidade térmica: Avaliada com uma bacia com água fria e outra com quente. Sem alterações. <p><u>Sensibilidade profunda</u>: não avaliada</p>
Amplitude Articular	<p>Membro superior e inferior esquerdos sem compromisso articular. Amplitude articular diminuída a nível da flexão/extensão cotovelo direito, flexão/extensão e abdução dos dedos da mão direita, extensão do joelho direito (resultante de intervenção prévia- prótese total do joelho) e articulação coxo-femoral à direita resultante da intervenção cirúrgica (movimentos de adução, abdução >30º, flexão >90º contraindicados).</p> <p>Sem alterações a nível do ombro e da articulação tibiotársica.</p>
Força Muscular	<p>Escala de Força de Lower:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Membro Superior Direito (MSD): 2/5, movimentada, mas não vence a gravidade; – Membro Superior Esquerdo (MSE): 3/5, raio de movimento completo contra a gravidade, mas não contra a resistência. – Membro Inferior Direito (MID): 2/5, movimentada, mas não vence a gravidade; – Membro inferior Esquerdo (MIE) :3/5, raio de movimento completo contra a gravidade, mas não contra a resistência.
Equilíbrio Corporal	<p>Escala Simples do Equilíbrio:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Equilíbrio sentado estático presente</u>: a Senhora M., sentada na cama com as mãos apoiadas ao lado, conseguiu sustentar o peso do tronco, mantendo o equilíbrio sem dificuldade. – <u>Equilíbrio sentado dinâmico diminuído</u>. Na mesma posição, ao ser induzido um ligeiro balancear do tronco, não conseguiu compensar o movimento e recuperar o equilíbrio. – <u>Equilíbrio em pé estático diminuído</u>: No teste de <i>Romberg</i>, a Senhora M. permaneceu em posição ortostática com calcanhares unidos, pés separados a 30º e olhos fechados. Não conseguiu manter essa posição durante 10 segundos. – <u>Equilíbrio em pé dinâmico diminuído</u>: Na mesma posição, induzido um leve balancear no corpo, o cliente apresentou dificuldades para recuperar o equilíbrio.
Marcha	<p>Classificação Funcional da Marcha de Holden: Categoria 2 – marcha dependente nível I. Deambula com AM com tripé, apresenta curvatura a nível da coluna vertebral e realiza abdução da articulação tibiotársica.</p>

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Risco de Queda	Escala de Morse: 75 pontos, alto risco de queda.
Funcionalidade	Tabela Nacional da Funcionalidade: – Mobilidade e autocuidado (13 itens): 39 – Competências gerais (8 itens): 28 – Competências específicas (8 itens): 23 – Sociabilidade (6 itens): 11 – Manipulação e manuseio (3 itens): 6
AVD's	Índice de Barthel: 40/100, moderadamente dependente.
AIVD's	Índice de Lawton: 22, severamente dependente, necessita de muita ajuda.
Sobrecarga do Cuidador	Escala de Zarit: 39, sem sobrecarga.

1.3. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O plano de ER foi elaborado com base nos focos considerados principais e nos quais serão avaliados os resultados sensíveis aos cuidados de ER. Os principais focos de intervenção do EEER à Senhora M. submetida a hermiartroplastia da anca e osteossíntese do cotovelo em contexto comunitário, após alta hospitalar:

- Conhecimento;
- Movimento Muscular:
- Pôr-se de pé;
- Equilíbrio;
- Andar com Auxiliar de Marcha (AM).

Em cada um dos focos serão designados os diagnósticos de enfermagem e as intervenções do EEER, implementadas ao longo do processo de reabilitação. Foram realizadas 4 sessões de ER (S1, S2, S3 e S4).

Periodicidade de intervenção de ER: 1 a 2 vezes por semana.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Focos, Diagnósticos e Intervenções de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2015):

Foco: Movimento Muscular				
Diagnóstico de ER: Movimento Muscular diminuído no membro superior e inferior direitos.				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
– Monitorizar força muscular através de escala (Escala de <i>Lower</i>);				
– Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores - (1 a 3 séries de 10 repetições);				
– Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos – Auto mobilizações.				
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
– Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;				
– Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;				
– Ensinar sobre movimentos contraindicados na abordagem cirúrgica posterior (adução além da linha média sagital, flexão >90º e rotação interna da anca contraindicados).				
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular				
Intervenções de ER	S1	S2	S3	S4
– Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular;				
– Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular: <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios isométricos na posição de deitado: contrações isométricas dos glúteos, isquiotibiais e quadricípites (1 a 3 séries – 10 repetições); • Exercícios isotónicos: Mobilizações ativo-assistidas de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores, com aumento de número de séries (1 a 3 série – 10 repetições) consoante a tolerância. Mobilizações ativo-resistidas: flexão/extensão, abdução da coxofemoral com aumento de número de séries (1 a 3 séries – 10 repetições) e de resistência (0,5kg a 1kg) consoante a tolerância; • Exercícios de fortalecimento muscular na cama: atitudes terapêuticas – ponte – 1 série de 5 a 10 repetições; 				
– Exercícios de motricidade fina: Exercício 1: polegares e indicadores em pinça, agarrar grão de bico colocando-o num recipiente; Exercício 2: polegares e indicadores em pinça, agarrar molas e colocar no rebordo de um copo (1 série de 10 repetições para cada dedo);				
– Treinar técnicas de exercício muscular e articular.				
Realizar os exercícios respeitando a tolerância da pessoa, limiar da dor, amplitude articular, planos e eixos.				

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Foco: Pôr-se de pé				
Diagnóstico: Pôr-se de pé comprometido				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
– Avaliar a pessoa a pôr-se de pé através da Escala Simples do Equilíbrio;				
– Incentivar a pôr-se de pé;				
– Informar sobre dispositivo auxiliar de marcha para pôr-se de pé;				
– Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé.				
Diagnóstico de ER:				
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé				
Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
– Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;				
– Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;				
– Ensinar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;				
– Ensinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.				
Diagnóstico de ER:				
Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé				
Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé				
Intervenções de ER	S1	S2	S3	S4
– Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé;				
– Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;				
– Instruir sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;				
– Instruir sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé: pessoa sentada à beira da cama com o membro inferior operado alinhado em extensão, colocar as mãos no colchão na região bilateral da anca fazendo força, deslizar e levantar-se, fazendo força com a perna não operada;				
– Treinar uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.				
Diagnóstico de ER:				
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para pôr-se de pé;				
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.				
Intervenções de ER	S1	S2	S3	S4
– Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para pôr-se de pé;				
– Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;				
– Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;				
– Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para pôr-se de pé: retirar tapetes/passadeiras não aderentes ao chão.				

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Foco: Equilíbrio Corporal				
Diagnóstico de ER: Equilíbrio Corporal comprometido				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
– Avaliar o equilíbrio corporal;				
– Estimular a manter equilíbrio corporal através da correção postural;				
– Executar técnica de treino de equilíbrio (estático e dinâmico) – 1 a 3 séries de 10 repetições: <ul style="list-style-type: none"> • Exercício equilíbrio dinâmico sentado: com a pessoa sentada, provocar ligeiro balanço nos ombros da pessoa de para que compensar o movimento; • Exercício equilíbrio estático em pé: com a pessoa em pé, fechar os olhos; • Exercícios equilíbrio dinâmico em pé: Levantar e sentar na cama, abdução/adução da articulação coxo-femoral em pé com apoio, flexão/extensão do joelho em pé com apoio e deslocamento anterior e posterior do tronco; 				
– Monitorizar equilíbrio corporal através da escala simples do equilíbrio.				
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
– Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;				
– Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal;				
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar capacidade para usar a técnica de equilíbrio corporal				
Intervenções de ER	S1	S2	S3	S4
– Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal;				
– Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal;				
– Treinar técnica de equilíbrio corporal;				

Foco: Andar com auxiliar de marcha				
Diagnóstico de ER: Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com AM				
Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com AM				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
– Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com AM;				
– Avaliar conhecimento sobre andar com AM;				
– Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com AM: retirar tapetes/passadeiras não aderentes ao chão; arrumar os móveis para ter mais espaço para andar com o AM; retirar objetos e cabos soltos do chão;				
– Ensinar sobre andar com AM: ensino sobre calçado adequado e fácil de calçar; ensino do correto ajuste do AM e condições de segurança - o apoio das mãos no tripé deve estar à altura do grande trocânter; ensino sobre colocar o tripé do lado do membro inferior são.				

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Diagnóstico de ER:				
Potencial para melhorar a capacidade para andar com AM				
Intervenções de ER:	S1	S2	S3	S4
– Avaliar a capacidade para andar com AM;				
– Instruir sobre andar com AM: <ul style="list-style-type: none"> • Em plano: marcha a 3 pontos: avançar com o tripé, avançar com o membro operado e avançar com o membro são; • Subir escadas: 1 – subir com o membro são, 2 – subir com o membro são e 3 – subir com o AM; • Descer escadas: descer com o AM, descer o membro operado e descer o membro são; 				
– Treinar a andar com AM: meio interior e exterior com progressão da distância percorrida e subir e descer escadas. Promover períodos de repouso durante o treino.				

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2. RESULTADOS

Como mencionado anteriormente, a Senhora M. integrou o programa de RFM e foram realizadas 4 sessões de ER. Durante as sessões, manteve-se hemodinamicamente estável e apresentou diminuição das queixas de cansaço e dor, à data sem necessidade de analgesia. Manteve-se colaborante e empenhada na realização dos exercícios bem como receptiva aos ensinamentos.

Como se pode observar no quadro 2, após quatro sessões de ER, ressalva-se ganhos de saúde nos diagnósticos estabelecidos, com melhorias significativas a nível da força muscular, pôr-se de pé, equilíbrio e na marcha. Os ganhos obtidos também se relacionam com o compromisso que a Senhora M. e a filha cuidadora assumiram na execução dos exercícios ensinados no período de intervalo das sessões de ER, de modo a aumentar a eficácia do programa de RFM. Segundo a filha, a Senhora M. realizou 6 vezes os exercícios ensinados.

A nível da vigilância em saúde, foram obtidos ganhos a nível da habitação uma vez que a casa encontra-se cuidada, arejada, funcional e com espaços livres para circulação, sem tapetes.

Quadro 2: Resultados do plano de ER.

Instrumentos de Avaliação	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Escala Numérica da Dor	4/10, na mobilização do cotovelo direito	2/10, na mobilização do cotovelo direito
Frequência Respiratória	14mrm	18mrm
Saturação de Oxigénio	94% sem aporte de oxigénio	99% sem aporte de oxigénio
Sensibilidade Superficial:		
Tátil	Presente	Presente
Dolorosa	Presente	Presente
Térmica	Presente	Presente
Força Muscular: Escala de Lower	MSD:2/5 MSE:3/5 MID:2/5 MIE:3/5	MSD:3/5 MSE:4/5 MID:3/5 MIE:4/5
Equilíbrio: Escala Simples do Equilíbrio		
Estático sentado	Presente	Presente
Estático em pé	Diminuído	Diminuído
Dinâmico sentado	Diminuído	Presente

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Dinâmico em pé	Diminuído	Diminuído
Marcha: Classificação Funcional da Marcha de Holden	Categoria 2 – Marcha dependente nível I (Deambula com tripé.	Categoria 3 – Marcha dependente com supervisão
Risco de Úlcera por Pressão: Escala de Braden	17 – baixo risco	20 – baixo risco
Risco de Queda: Escala de Morse	75 – alto risco	65 – alto risco
AVD: Índice de Barthel	40/100	70/100
AIVD: Índice de Lawton	22/30	18/30
Funcionalidade: Medida de Independência Funcional	Mobilidade e autocuidado: 39 Competências gerais: 28 Competências específicas: 23 Sociabilidade: 11 Manipulação e manuseio: 6 107/126	Não foi avaliada
Sobrecarga do Cuidador - Escala de Zarit	39/110	56/110

Quadro 3: Avaliação do conhecimento e capacidades.

Conhecimentos	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	ND	D
Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;	ND	D
Conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;	ND	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé;	ND	D
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé;	ND	D
Conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal;	ND	D
Conhecimento sobre técnica de adaptação do domicílio para andar com AM;	ND	D
Conhecimento sobre andar com AM;	ND	D
Capacidades	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	ND	D
Capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé;	ND	D
Capacidade para usar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé	ND	D
Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal	ND	D
Capacidade para andar com AM.	ND	D
Legenda: ND: Não Demonstrado; D: Demonstrado		

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

3. DISCUSSÃO

A mobilidade consiste na capacidade de coordenar movimentos dentro de uma cadeia músculo-esquelética, controlada por mecanismos sensoriais e motores, para realizar atividades úteis. Considera-se essencial para realização das AVD e depende do funcionamento adequado de vários sistemas do corpo. A mobilidade funcional pode estar comprometida devido a condições físicas ou clínicas resultantes de patologias, lesões ou intervenções cirúrgicas, tendo um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa. Os problemas orto-traumatológicos estão entre as causas das alterações da mobilidade. Com o avanço do conhecimento científico, verificou-se a possibilidade de realizar mobilizações precoces nestas situações e verificaram-se efeitos benéficos da realização de exercícios de forma a minimizar o síndrome da imobilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Atendendo as suas competências específicas, o EEER proporciona cuidados especializados e programas de reabilitação personalizados. A sua intervenção visa a promover a independência funcional e capacitar a pessoa para o autocuidado, de modo a recuperar funcionalidade e qualidade de vida (Palma et al., 2021).

Para Dorothea de Orem, o autocuidado é uma função humana reguladora desempenhada por cada pessoa ou por outra com o objetivo de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Tomey & Alligood, 2004). Este referencial teórico constitui uma estrutura concetual fundamental para o planeamento dos cuidados de ER, contribuindo para a melhoria da qualidade da prática profissional do EEER. Ao permitir a correlação entre teoria e prática, reforça a importância da ER na promoção, recuperação e maximização das capacidades da pessoa em situação de doença ou incapacidade (Ribeiro et al., 2021).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER, o EEER potencializa o bem-estar das pessoas e complementa/suplementa as atividades de vida às quais a pessoa apresenta dependência, identifica problemas potenciais ou reais onde pode atuar para aumentar o bem-estar e complementar AVD, analisa com a pessoa cuidadores estratégias a implementar, os resultados esperados e

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

metas a alcançar, a prescrição de intervenções de forma a otimizar e/ou reeducar funções; seleção e prescrição de produtos de apoio bem como o ensino e supervisão da sua utilização (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Palma et al. (2021) verificaram que a funcionalidade da pessoa com fratura da extremidade superior do fémur submetida a intervenção cirúrgica, encontrava-se comprometida pela presença de dor e pela limitação funcional do membro fraturado. Resultando assim, num défice de autocuidado, de força muscular e risco de complicações resultantes da imobilidade. Concluíram que a implementação de um programa de reabilitação foi crucial para recuperar a autonomia e a funcionalidade, obtendo ganhos em saúde com melhorias significativas no equilíbrio, força muscular, marcha, capacidade na realização de AVD e conhecimento sobre as medidas de segurança.

Teixeira et al. (2021) evidenciaram uma evolução notória num programa de reabilitação à pessoa submetida a prótese parcial da anca, onde observaram aumento do movimento muscular, aumento da força dos membros superiores e inferiores, aumento das amplitudes articulares e aumento da qualidade e da distância percorrida com AM. É de destacar então, a importância da intervenção do EEER à pessoa com alterações ortotraumatológicas através da implementação de um programa de RFM individualizado, proporcionando uma melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida.

A implementação de um treino de força muscular, equilíbrio, correção postural e realização de ensinamentos, promoveu uma melhoria no equilíbrio bem como a diminuição de complicações (Lurie et al., 2020).

Deste modo, os resultados obtidos neste relato de caso clínico evidenciam o que foi encontrado na literatura científica disponível. De salientar que a implementação do plano de cuidados não apenas visou a progressiva recuperação física da Senhora M., mas também o seu bem-estar emocional e social, uma vez que nas últimas sessões encontrava-se mais bem-disposta e sem labilidade emocional. Este resultado foi conseguido através do estabelecimento de uma relação de empatia e de confiança ao longo do programa de ER.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Este caso clínico proporcionou uma oportunidade significativa para o desenvolvimento das competências de EEER, na avaliação de problemas reais, realização e implementação de planos de cuidados de ER. Permitiu o aprimoramento das competências práticas através da prestação de cuidados especializados de ER, aplicando os conhecimentos teóricos previamente adquiridos e proporcionando cuidados eficazes e de qualidade centrados na pessoa e família/cuidador. A pessoa ao ter sido submetida a uma hermiartroplastia da anca direita e também a osteossíntese do cotovelo direito, constituiu um desafio na realização do plano de cuidados pelo sua complexidade e limitação dos dois membros.

As prestações de cuidados em contexto domiciliário, por si só, representam um desafio devido à variabilidade e imprevisibilidade das condições encontradas, exigindo flexibilidade e capacidade de adaptação por parte do profissional de saúde. A presença de hipoacusia na Senhora M. também constitui uma barreira significativa para a compreensão das explicações dos exercícios, exigindo uma repetição constante. A dificuldade auditiva impede que entenda claramente as orientações, o que compromete a correta execução dos movimentos e mais tempo despendido na realização de cada exercício. Além disso, a impossibilidade de realizar o programa de RFM com a periodicidade desejada também compromete a continuidade e a eficácia do tratamento e uma maior abrangência dos focos de atenção. O foco do autocuidado para realizar o treino de AVD apesar de não estar neste plano de cuidados, será foco para intervenções posteriores.

Como estratégias utilizadas relativamente à hipoacusia, aquando a explicação de cada exercício, foi solicitado à pessoa que repetisse as instruções para confirmar a sua compreensão e assim, fornecer *feedback* imediato sobre a execução dos exercícios. Também foi envolvido o filho presente nas sessões, de modo a ajudar na comunicação e na realização dos exercícios. Em relação à periodicidade das sessões, uma vez que na última semana, a UCC encontra-se com uma diminuição de internamentos ativos, foram possíveis realizar duas sessões, de modo a intensificar o programa de ER.

Na perspetiva da Senhora M., esta refere motivação em adquirir conhecimentos sobre o seu processo de reabilitação, evidenciando ganhos significativos. Com

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hemiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

entusiasmo e esperança, expressa o desejo de conseguir readquirir a sua independência e retornar a sua casa mais rapidamente possível, refletindo um importante progresso no seu processo de recuperação e reintegração social.

Pessoa submetida a Hemiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CONCLUSÃO

O presente relato de caso clínico destaca a importância da reabilitação à pessoa submetida a hemiartroplastia da anca e a osteossíntese do cotovelo, ao evidenciar os ganhos de um programa de reabilitação de RFM, em contexto domiciliário.

Através de um plano de cuidados individualizado, a execução de treino de exercício muscular e articular, treino de equilíbrio e de marcha demonstraram ser fundamentais para melhorar a capacidade funcional da pessoa. Com a aplicação de estratégias eficazes, foi possível promover a recuperação física, mas também o bem-estar emocional e social da pessoa e família. A complexidade e os desafios inerentes à implementação deste plano de cuidados de ER com a combinação das limitações físicas, a presença de hipoacusia exigiram abordagens adaptativas e estratégias comunicacionais específicas. A dificuldade em realizar o plano de cuidados de ER na periodicidade desejada constituiu uma limitação. Este constrangimento devido a fatores externos como a gestão de tempo e as necessidades prioritárias de várias pessoas, pode ter influenciado os resultados esperados.

Os instrumentos de avaliação utilizados constituíram uma mais valia na avaliação e caracterização da pessoa bem como na identificação dos diagnósticos e avaliação das intervenções. São ferramentas fundamentais que permitem a prestação de melhores cuidados de ER.

Este estudo sublinha a importância de uma abordagem holística e multidisciplinar num programa de ER. Além disso, realça a necessidade de adaptação e inovação nas práticas de cuidados domiciliários. A experiência adquirida com este caso contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências em ER e reforçou o compromisso com a prestação de cuidados centrados na pessoa e família, visando a maximização da sua funcionalidade e qualidade de vida. Cada vez mais torna-se fundamental a realização de relatos de casos clínicos pois desempenham um papel crucial na pesquisa científica, ao fornecer uma base empírica com mobilização de conhecimentos para uma prática reflexiva. Estes relatos constituem exemplos concretos de intervenções que podem ser implementadas, destacando abordagens inovadoras e eficazes para melhorar os cuidados prestados.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, T., Silva, S., Rodrigues, E., Braz, P., Mexia, R., Neto, M. & Dias, C. M. (2024). EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: Relatório 2022. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/9173>

Despacho nº1400-A/2015, de 10 de fevereiro. *Diário da República, Série II* (28). <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/2015/02/2S028A0000S01.pdf>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp 281-327). Lidel – Edições Técnicas.

Nunes, R. (2021). *Manual de Fraturas: Diagnóstico e Tratamento*: Lidel – Edições Técnicas.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências, e treino de deambulação: Guia Orientador de Boa Prática: Cadernos OE, Série 1, Nº7. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental do Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Asembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocu_mentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 6–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, Série II(85)*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024, de 12 de janeiro. *Diário da República, Série I (9)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/14-2024-836495389>

Ribeiro, M., Alves, M., Oliveira, F & Silva, C. (2021). Enfermagem de reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 47- 56. <https://www.researchgate.net/publication/357458612>

Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. E., & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218–235. 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026

Rocha, F., Gemito, M., Caldeira, E., Coelho, A., & Moita, E. (2022). Risco de queda nos idosos: mais vale prevenir que remediar! *Revista Ibero-Americana De Saúde e Envelhecimento*, 8(3), 329-344. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).569.329-344](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).569.329-344)

Teixeira, H., Palma, M., Vieira, J. V., & Bule, M. J. (2021). A pessoa submetida a prótese parcial da anca: Relato de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 47–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.163>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ªed. Lusodidacta.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pessoa submetida a Hermiartroplastia da anca e Osteossíntese do cotovelo: Relato de Caso Clínico –
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

World Health Organization. (2022). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

APÊNDICE VI

Relato de Caso Clínico: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Trabalho Académico

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e
Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral**

Elaborado por:

Luciana Toscano nº 2023049

Orientado por:

Professora Sandy Severino

Barcarena, novembro 2024

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Saúde Atlântica

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho Académico

**Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e
Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral**

Elaborado por:

Luciana Toscano nº 2023049

Orientado por:

Professora Sandy Severino

Barcarena, novembro 2024

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. MATERIAIS E MÉTODOS	12
1.1 Apresentação do Caso Clínico.....	15
1.2 Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação	16
1.3 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	22
2. RESULTADOS	25
3. DISCUSSÃO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
APÊNDICES.....	I
APÊNDICE I: Avaliação da Força Muscular - <i>Medical Research Council Muscle Scale</i>	II
APÊNDICE II: Materiais de apoio para a estimulação sensorial.	V

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Avaliação Inicial da NIHSS.....	17
Quadro 2: Avaliação Inicial dos Pares Cranianos.....	18
Quadro 3: Avaliação Inicial da Sensibilidade.....	20
Quadro 4: Plano de Cuidados de ER.....	22
Quadro 5: Resultados do Plano de Cuidados de ER.....	25

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CARE – CAse REport

DGS - Direção Geral de Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

EQUATOR - Enhancing the Quality and Transparency Of Health Research

ER - Enfermagem de Reabilitação

FA – Fibrilhação Auricular

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MSD – Membro Superior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

NINDS - National Institute of Neurological Disorders and Stroke

NOC - Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

PFC - Paresia Facial Central

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PPF - Paresia Facial Periférica

TAC CE - Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal. A paresia facial e a hemi-hipoestesia são sequelas frequentes, e a recuperação da função muscular da face e sensorial é essencial, pois afeta a comunicação, a autoimagem e a qualidade de vida.

Objetivo: Identificar os ganhos obtidos com a implementação de um plano de enfermagem de reabilitação direcionado à pessoa com Acidente Vascular Cerebral hemorrágico que apresenta paresia facial central e hemi-hipoestesia, em contexto hospitalar.

Metodologia: Relato de Caso Clínico, seguindo as *guidelines* Equator para o *case report*, com a colheita de dados através do processo clínico, exames complementares e exame neurológico. Utilização de instrumentos validados para identificar os diagnósticos e conceção de um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, fundamentado no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e na Ontologia em Enfermagem.

Resultados: Observou-se uma melhoria na paresia facial e na sensibilidade, com diminuição das alterações na imagem corporal. Verificou-se uma ligeira diminuição do *score* da *NIHSS*.

Conclusão: A intervenção precoce e específica da Enfermagem de Reabilitação, na pessoa com Acidente Vascular Cerebral é crucial para promover a recuperação funcional e a melhoria da qualidade de vida. No entanto, o curto tempo de internamento constituiu uma limitação significativa. Os ensinamentos e a colaboração entre serviços são estratégias-chave para garantir a continuidade da reabilitação.

DESCRITORES: acidente vascular cerebral, paresia, hipoestesia, enfermagem de reabilitação.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio Profissionalizante, que integra o plano de estudos do 1.º semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a elaboração de um relato de caso clínico, que permita evidenciar os conhecimentos adquiridos na conceção e implementação de planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) em contexto hospitalar. No contexto do estágio, na unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), foi selecionado uma pessoa do sexo masculino com o diagnóstico de AVC hemorrágico por hemorragia intracerebral com evidencia de um hematoma intraparenquimatoso lentículo-capsular externo esquerdo, com paresia facial central e hemi-hipoestesia.

O AVC é uma das doenças neurológicas agudas mais prevalentes (Canhão & Melo, 2023). É a segunda principal causa de morte em todo o mundo e a principal causa de incapacidade (World Health Organization, 2022). Constituiu a principal causa de morte em Portugal no ano de 2022, com um total de 9.616 óbitos de residentes, correspondendo a 7,7% das mortes registadas. A taxa de mortalidade foi de 92,1 óbitos por 100 mil habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Caracteriza-se pelo aparecimento súbito de sinais e sintomas focais, atribuídos a uma causa vascular localizada (Canhão & Melo, 2023). Pode ser isquémico, quando ocorre a obstrução súbita de um vaso sanguíneo que transporta sangue para o cérebro, ou hemorrágico, quando resulta da rotura de um vaso sanguíneo (*American Stroke Organization*, 2024). O AVC hemorrágico divide-se em hemorragia subaracnóidea e hemorragia intracerebral. A hemorragia subaracnoideia ocorre no espaço subaracnoideu, entre as meninges. A hemorragia intracerebral corresponde a 15% dos casos de AVC e apresenta uma letalidade que varia entre 30% e 80%. A sua incidência aumenta com a idade e é mais frequente no sexo masculino (Canhão & Melo, 2023). Caracteriza-se pela acumulação de sangue no parênquima cerebral, podendo localizar-se nos núcleos profundos dos hemisférios, nos lobos cerebrais ou na fossa posterior. Na Tomografia Axial

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Computorizada Crânio Encefálica (TAC CE) identifica-se uma lesão hiperdensa no parênquima cerebral (Canhão & Melo, 2023). Apresenta como principais fatores de risco vascular: idade, hipertensão arterial, Fibrilhação Auricular (FA) e consumo de álcool.

Na hemorragia intracerebral hemisférica profunda, os sinais e sintomas incluem hemiparesia e hemi-hipoestesia contralaterais, afasia global (hemisfério esquerdo), *neglet* (hemisfério direito), desvio ocular conjugado para o lado oposto à hemiparesia, cefaleias, náuseas, vômitos. O hematoma pode aumentar nas primeiras horas, levando a um agravamento do estado neurológico. Está recomendado a administração precoce de terapêutica anti-hipertensiva, monitorização dos parâmetros fisiológicos, prevenção e tratamento de complicações, bem como início de reabilitação (Canhão & Melo, 2023).

A paresia facial resulta da interrupção da condução motora que afeta o nervo facial, responsável pelos movimentos da musculatura mímica da face. Pode ser classificada em Paresia Facial Central (PFC) e Paresia Facial Periférica (PFP) (Menoita, 2012). A PFC afeta o quadrante inferior da face contralateral à lesão cerebral, enquanto o território superior da face permanece sem alterações. Esta condição resulta no apagamento do sulco nasolabial e o desvio da comissura labial para o lado não afetado, o que modifica a simetria facial e tem impacto na individualidade e imagem da pessoa, especialmente ao sorrir, falar e alimentar-se. A reeducação dos músculos faciais é crucial para melhorar a mímica facial e a funcionalidade (Araújo et al., 2021; Menoita, 2012;).

A diminuição da sensibilidade superficial provoca alterações da imagem corporal e *neglet* unilateral, além de aumentar o risco de lesões. Por outro lado, a diminuição da sensibilidade proprioceptiva prejudica a capacidade de realizar movimentos eficientes e controlados, reduzindo a sensação e a percepção da posição e do movimento, o que dificulta ou limita a aprendizagem de novos padrões motores no hemicorpo afetado (Menoita, 2012).

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação neurológica tem como objetivo promover a independência funcional em todos os contextos da vida da pessoa e deve ser iniciada o mais cedo possível (Araújo et al., 2021). Conforme descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) possui competências para elaborar e aplicar planos de ER ajustados às necessidades individuais de cada pessoa. Valendo-se dos seus conhecimentos avançados e prática especializada, este profissional contribui para a promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação, procurando otimizar o potencial funcional da pessoa. A sua intervenção atua a nível neurológico, respiratório, cardíaco e ortopédico (Regulamento n.º 392/2019).

A temática deste relato surge pelo facto do AVC ser uma das patologias mais prevalentes e uma das principais causas de mortalidade e incapacidade. A paresia facial e a diminuição da sensibilidade têm grande relevância pelo impacto que têm na qualidade de vida, pois comprometem a funcionalidade, a individualidade da pessoa e influenciam negativamente a imagem corporal da pessoa. Deste modo, o presente relato tem como objetivo geral identificar os ganhos obtidos com a implementação de um plano de ER direcionado à pessoa com AVC hemorrágico que apresenta PFC e hemi-hipoestesia, em contexto hospitalar. Os objetivos específicos são: avaliar a paresia facial e a sensibilidade, através de instrumentos de avaliação; desenvolver e implementar um plano de reabilitação individualizado, com foco na reabilitação da PFC e na recuperação da sensibilidade, e por fim analisar os resultados alcançados com a implementação do plano de reabilitação.

Quanto à sua estrutura, divide-se em cinco partes: introdução, com a apresentação da temática e revisão da literatura; materiais e métodos, que descrevem o tipo de estudo, apresentação do caso, avaliação inicial e plano de cuidados; resultados, com os ganhos obtidos com a intervenção de ER; discussão, que compara os resultados com a literatura e aborda implicações para a prática e formação; e considerações finais, que destacam os principais achados, limitações e sugestões para futuras pesquisas na área da ER.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente relato de caso trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de caso clínico, fundamentado nos critérios de avaliação da plataforma *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR)* e orientado pelas *guidelines* da *CAsE REport (CARE)*. Esta *guideline* forneceu orientações claras que permitiram estruturar o relato de forma organizada e lógica, produzindo evidências científicas com potencial utilidade futuramente (Riley et al., 2017).

A escolha da pessoa em estudo foi intencional, considerando os potenciais ganhos em saúde associados à intervenção do EEER. A colheita de dados foi realizada através da consulta do processo clínico da pessoa em estudo, dos exames complementares de diagnóstico no sistema *Patient Care B-Simple*, complementada por observação direta e pela realização do exame neurológico. Para preservar a sua identidade e os seus dados, o participante assinou o consentimento informado, livre e esclarecido. Ao longo do relato será identificado por Senhor R. Foram cumpridos os princípios éticos e legais decorrentes do estudo, apresentando o parecer da comissão de ética da Escola Superior de Saúde Atlântica.

A realização do exame neurológico é essencial para a implementação de um plano de ER e para o sucesso da reabilitação. A avaliação inclui: estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha (Menoita, 2012). Dirigida à pessoa com AVC, existe uma escala específica para a avaliação do estado neurológico, que abrange alguns dos parâmetros mencionados acima: a *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*. No contexto do estágio, esta é a escala adotada pelos profissionais para a avaliação neurológica, tendo sido aplicada no presente estudo.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Foram também utilizados os seguintes instrumentos de avaliação validados pela OE e Direção Geral da Saúde (DGS): escala de *Barthel*, avaliação do autocuidado (arranjar-se, beber, comer, higiene, ir ao sanitário, vestuário); escala de *Braden*, avaliação do risco de úlcera por pressão; escala de *Morse*, avaliação do risco de queda; escala Numérica da Dor, avaliação da dor; *Medical Research Council Muscle Scale*, avaliação da força muscular; escala de *Ashworth* Modificada, avaliação da espasticidade (DGS, 2003; DGS, 2011a; DGS, 2011b; DGS, 2019; OE, 2016). Adicionando foram utilizadas a escala simples de avaliação do equilíbrio e a Classificação Funcional da Marcha de *Holden* para avaliação da marcha. Estes instrumentos sustentam a prática do EEER e permitem uma caracterização mais precisa do estado da pessoa, considerando as respostas humanas às transições entre dependência e autonomia, bem como ao processo terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Com base nos resultados da avaliação inicial, foram identificados os principais diagnósticos de ER, a paresia e défice sensorial, e posteriormente delineado um plano de cuidados de ER em linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Este plano foi fundamentado no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e na Ontologia em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O cuidado de ER é uma área bem estruturada, com práticas baseadas em evidências, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa, promovendo a recuperação funcional, a autonomia e adaptação às transições. Para tal, é essencial teorias de enfermagem que orientem o EEER na tomada de decisão e sustentem cientificamente a sua prática clínica (Vargas et al., 2020). No sentido de orientar a prática de ER, o plano de cuidados elaborado foi sustentado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e na Teoria das Transições de Afaf Meleis e Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack & McCance,

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

O referencial teórico de Dorothea Orem tem um contributo imprescindível para a construção do cuidado de ER. Orem (2001), afirma o autocuidado como a prática propositada de atividades que as pessoas realizam para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Integra três teorias: a do Autocuidado, que explora como as pessoas cuidam de si; a do Défice de Autocuidado, que justifica a intervenção de enfermagem quando há limitações nesse cuidado e a dos Sistemas de Enfermagem, que aborda as respostas para atender às necessidades de autocuidado (Tomey & Alligood, 2004). Com a sua formação avançada, o EEER integra de forma intencional e fluida o autocuidado como foco central no planeamento dos cuidados e destaca como uma das principais metas, o bem-estar da pessoa.

Meleis et al (2000) defendem a transição como um conceito central de Enfermagem e é definida como um processo resultante de uma mudança, caracterizado por um período de instabilidade entre dois estados estáveis . Esta mesma autora classifica as transições em quatro tipos: desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais (Meleis, 2012). Neste relato de caso, a transição saúde-doença é aquela que se apresenta de forma mais evidente, refletindo a vivência do AVC e o processo de adaptação à nova condição de saúde. A transição saúde-doença refere-se a mudanças abruptas na condição de saúde, abrangendo a passagem de um estado saudável para uma condição de doença, seja ela aguda ou crónica (Meleis, 2010). O EEER deve focar-se na forma como a pessoa ou cuidador/família enfrentam esta nova condição, bem como a sua adaptação às mudanças impostas. Com base neste referencial teórico, consegue identificar os problemas e as necessidades da pessoa, planeando e implementando intervenções de ER direcionadas para facilitar as transições. Este enfoque é essencial para assegurar que a transição ocorre de forma consciente e saudável (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019).

A Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack & McCance (2010) sublinha a importância de compreender as necessidades, valores e preferências de cada pessoa.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Esta abordagem organiza-se em quatro constructos: os pré-requisitos: competências técnicas e interpessoais essenciais do enfermeiro; o ambiente de cuidados: o contexto que influencia a prestação dos cuidados; os processos centrados na pessoa: envolvem a valorização das crenças e valores da pessoa, a empatia, a participação ativa na tomada de decisões e a abordagem holística das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais; e os resultados: abrangem a satisfação da pessoa e o seu envolvimento nos cuidados, a criação de um ambiente terapêutico e a promoção do bem-estar. Esta teoria destaca a importância de práticas que respeitem a individualidade e promovam a dignidade e o bem-estar de cada pessoa (McCormack e McCance, 2010). Constitui uma estrutura conceptual de grande relevância, servindo como base para orientar a prática do EEER, que privilegia o ato de cuidar de forma holística e centrado na pessoa.

O plano de ER foi implementado durante 3 dias e incluiu reeducação dos músculos da face com o objetivo de treinar a mímica facial, com recurso a estimulação visual por parte do Senhor R., com espelho e também de estimulação da sensibilidade com estratégias de adaptação ao défice sensorial. As sessões decorreram durante o turno da manhã. De referir que, durante o plano estabelecido, a pessoa realizou uma sessão de terapia ocupacional e uma de fisioterapia, com duração de meia hora cada uma. A análise dos resultados foi baseada na sua evolução e na pontuação das escalas aplicadas ao longo do processo de reabilitação. No terceiro dia de internamento, a pessoa foi transferida para a unidade hospitalar da área de residência.

1.1 Apresentação do Caso Clínico

A pessoa em estudo é do sexo masculino e tem 59 anos de idade. Caucasiano e de nacionalidade portuguesa. Apresenta peso de 78kg e altura de 1,70cm. Suinicultor de profissão. Reside com a esposa e sogra em domicílio próprio. Habitação térrea, apresenta três degraus à entrada e dois degraus da sala de jantar para a sala de estar.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Antecedentes Pessoais: Hipertensão arterial, FA, Dislipidemia, Obesidade e Ex-fumador há 23 anos. Consumo habitual de álcool de 0,5 litros de vinho tinto ao jantar.

Medicação habitual: Olmesartan 20mg, Bisoprolol 5mg e Apixabano 2,5mg. Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas conhecidas.

História de Doença Atual: O Senhor R. iniciou quadro de hemiparesia direita e disartria. Recorreu ao centro de saúde da área de residência e apresentava pressão arterial de 160/100mmHg. Mantinha hemiparesia direita e disartria. Ativada a via verde AVC e encaminhado para o hospital de referência mais próximo. Na admissão na imagiologia, à avaliação neurológica, vígil, orientado no tempo, espaço e pessoa, cumprindo ordens simples e complexas. Sem evidencia de paresia do olhar nem alterações do campo visual. Observou-se PFC direita, hemiparesia no hemicorpo direito com força muscular grau 4, sem alterações da sensibilidade e disartria moderada. A TAC CE revelou a presença de um hematoma intraparenquimatoso lentículo-capsular externo esquerdo com cerca de 28 mm, associado a um discreto desvio contralateral da linha média. Devido à terapêutica habitual com apixabano, foi realizada reversão da anticoagulação com andexanet alfa, conforme o protocolo em vigor. Posteriormente, foi admitido na unidade de AVC desse hospital para vigilância clínica e monitorização contínua.

1.2 Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

Avaliação da Dor: Escala Numérica da Dor: 0/0

Avaliação do Risco de Úlcera Por Pressão: Escala de Braden: 16 – alto risco

Avaliação do Risco de Queda: Escala de Morse: 35 – baixo risco

Avaliação das Atividades de Vida Diárias: Índice de Barthel; 30/100, severamente dependente.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- **Avaliação das alterações neurológicas - NIHSS**

A NIHSS é uma escala numérica validada que quantifica a gravidade e os défices neurológicos após um AVC. Desenvolvida através de investigação apoiada pelo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)*, a escala avalia 11 itens do exame neurológico: nível de consciência, movimentos oculares e campos visuais, paresia facial, função motora, sensibilidade, ataxia dos membros, linguagem, disartria e extinção ou inatenção (NINDS, 2024). De acordo com o acima exposto, o quadro seguinte (Quadro 1) apresenta a avaliação inicial da NIHSS.

Quadro 1: Avaliação Inicial da NIHSS

Instruções	Definição da escala	Score
1a. Nível de Consciência	Alerta.	0
1b. Nível de Consciência – Questões	Responde a ambas as questões corretamente (mês e idade).	0
1c. Nível de Consciência – Comandos	Executa ambas as ordens corretamente (ordens simples e complexas).	0
2. Olhar	Normal.	0
3. Visual	Sem perda visual.	0
4. Paresia Facial	Paresia facial parcial (paralisia total da parte inferior da face) à direita.	2
5a. Força Muscular Membro Superior Esquerdo (MSE)	Sem queda; mantém o braço 90º por 10s completos.	0
5b. Força Muscular Membro Superior Direito (MSD)	Queda; mantém o braço a 90º, porém este apresenta queda antes dos 10s completos; não toca a cama ou outro suporte.	1
6a. Força Muscular Membro Inferior Esquerdo (MIE)	Sem queda; mantém o braço 90º por 10s completos.	0
6b. Força Muscular Membro Inferior Direito (MID)	Queda; mantém o braço a 90º, porém este apresenta queda antes dos 10s completos; não toca a cama.	1
7. Ataxia dos membros	Presente em um membro. Prova index-nariz: dismetria à direita (dificuldade em tocar com o dedo indicador da mão direita no nariz). Prova calcanhar Joelho: Sem dismetria.	1

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

8. Sensibilidade	Perda de sensibilidade ligeira a moderada (hemi-hipoestesia direita)	1
9. Linguagem	Sem afasia (repete, nomea e compreende).	0
10. Disartria	Disartria ligeira a moderada (Disartria ligeira)	1
11. Extinção e Inatenção	Nenhuma anormalidade.	0
TOTAL		7

Fonte: NINDS, 2024.

- **Avaliação dos Pares Cranianos**

A avaliação neurológica através dos pares cranianos abrange, de forma estruturada, diversas técnicas e aplicações específicas, possibilitando a identificação de alterações significativas a nível neurológico (Menoita, 2012). No quadro que se segue, está detalhada a avaliação de cada par craniano.

Quadro 2: Avaliação Inicial dos Pares Cranianos

Avaliação dos Pares Cranianos	
I – Olfativo	Sem alterações bilateralmente.
II – Ótico	Acuidade visual mantida, sem alterações a nível dos campos visuais.
III (oculomotor comum) + IV (Troclear) + VI (abducente)	Isocoria. Sem presença de nistagmo e ptose palpebral.
V – Trigémio	Reflexo córneo-palpebral bilateral mantido. Hipoestesia tátil da face à direita. Mandíbula com desvio para a direita. Movimento da mastigação mantido.
VII – Facial	Paresia facial central direita, com apagamento do sulco naso labial à direita, desvio da comissura labial à esquerda com queda de saliva, assimetria a sorrir. Mantida capacidade para reconhecer os sabores nos 2/3 anteriores da língua.
VIII – Auditivo	Acuidade auditiva mantida. Equilíbrio: não avaliado - não tinha indicação de levantar.
IX – Glossofaríngeo	Mantida capacidade para reconhecer os sabores no 1/3 posteriores da língua.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

X – Vago	Reflexo de vômito presente. Ligeira disfonia.
XI – Espinhal	Força muscular do músculo esternocleidomastóideo à direita e do músculo trapézio: Grau 4. Sem alterações de força à esquerda.
XII – Hipoglosso	Movimentos da língua mantidos (propulsão ântero-posterior na linha média e lateralidade para a esquerda e direita). Sem desvio ou tremores da língua. Sem desvio da úvula.

Fonte: Menoita, 2012.

- **Avaliação da Motricidade:**

Força Muscular: Embora a *NIHSS* contemple a avaliação da força muscular, a OE recomenda a utilização da *Medical Research Council Muscle Scale*. Esta escala analisa os movimentos dos diferentes segmentos corporais, classificando a força muscular em níveis de 0 a 5, com base no desempenho máximo esperado para o músculo avaliado. A graduação é realizada mediante a aplicação de resistência à mobilização ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Assim, procedeu-se também à avaliação bilateral da força muscular (segmentos distais para os proximais), como apresentado no quadro no Apêndice I.

Tónus Muscular: Na avaliação do tónus realiza-se a mobilização passiva dos membros e avalia-se a resistência (Menoita, 2012). Utilizando a Escala Modificada de *Ashworth*, foi evidenciado grau 1 (leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular) na flexão/extensão dos dedos da mão direita. Restantes segmentos dos membros superiores e inferiores com grau 0 (nenhum aumento do tónus muscular) (Menoita, 2012).

Coordenação motora: Envolve a sensibilidade profunda e avaliação baseia-se na análise da simetria, ritmo, alternância e rapidez dos movimentos dos membros superiores e

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

inferiores (Menoita, 2012). Na avaliação da *NIHSS*, foram realizadas as provas índex-nariz e calcanhar-joelho. Adicionalmente, foi também aplicada a prova da Indicação de Barany, em que a pessoa apresentou dismetria à direita, não conseguindo alcançar o dedo do examinador.

- **Avaliação da Sensibilidade**

A sensibilidade, função essencial do sistema nervoso, permite ao organismo perceber alterações do meio e da própria atividade. A sua avaliação pode ser subjetiva, por anamnese, ou objetiva, através de técnicas específicas (Menoita, 2012).

Quadro 3: Avaliação Inicial da Sensibilidade

Tipo de Sensibilidade	Avaliação
Superficial (Pessoa com os olhos fechados, avaliada sensibilidade bilateralmente dos segmentos corporais dos membros superiores e inferiores, da região distal para a proximal).	<u>Sensibilidade tátil:</u> Avaliada com estímulo com uma compressa. Apresenta hemi-hipoestesia tátil à direita. <u>Sensibilidade dolorosa:</u> Avaliada com estímulo com ponta de caneta. Hemi-Hipoalgesia à direita. <u>Sensibilidade térmica:</u> Avaliada com uma bacia com água fria e outra com quente. Diminuída à direita, não identifica a temperatura quente
Profunda	<u>Sentido de pressão ou barestesia:</u> Sem alteração na sensação de pressão sobre as partes do corpo. <u>Sensibilidade vibratória:</u> Avaliado com diapasão nas saliências ósseas. Sem alterações a estímulos vibratórios. <u>Sensibilidade Postural:</u> Sem alterações na consciência de posição dos segmentos.

Fonte: Menoita, 2012.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Déficit Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- **Avaliação do Equilíbrio e da Marcha:** Avaliação realizada no segundo dia de internamento após reavaliação por TAC CE indicação para realizar levante.
- Equilíbrio estático sentado: A pessoa, sentada na cama com as mãos apoiadas ao lado, conseguiu sustentar o peso do tronco, mantendo o equilíbrio sem dificuldade.
- Equilíbrio dinâmico sentado: Na mesma posição, ao ser induzido um ligeiro balancear do tronco, conseguiu compensar o movimento e recuperar o equilíbrio.
- Equilíbrio estático em pé: No teste de *Romberg*, permaneceu em posição ortostática com calcanhares unidos, pés separados a 30º e olhos fechados, mantendo a posição por 10 segundos.
- Equilíbrio dinâmico em pé: Na mesma posição, induzido um leve balancear no corpo, apresentou dificuldades para recuperar o equilíbrio, demonstrando comprometimento.

Segundo a Classificação Funcional da Marcha de *Holden*, o Senhor R. enquadra-se na categoria 3 – Marcha dependente com supervisão (Ver anexo I). Consegue deambular sem recurso a auxiliar de marcha, mas necessita de supervisão devido à diminuição da sensibilidade no MID. Essa diminuição compromete a percepção tátil e/ou proprioceptiva, dificultando o controlo adequado do movimento durante a marcha, resultando num ligeiro arrastamento do membro pelo chão.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

1.3 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Quadro 4: Plano de Cuidados de ER

Foco de Atenção	Diagnósticos de ER	Intervenções de ER
PARESIA	Paresia [presente] na metade inferior da face à direita	<ul style="list-style-type: none"> – Aplicar frio; – Executar técnica de exercício muscular e articular passivo; – Executar técnica de massagem dos músculos da face; – Vigiar paresia; – Supervisionar a pessoa no mastigar.
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculares da face	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; <ul style="list-style-type: none"> • Verificação verbal do conhecimento e compreensão dos exercícios; • Demonstração prática dos exercícios; • <i>Feedback</i> da pessoa: questionar se sente confiança para realizar os exercícios de forma autónoma; identificar se reconhece a importância dos exercícios para a sua recuperação e se está motivado para os incluir na sua rotina. – Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.
	Potencial para melhorar capacidade para	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular; <ul style="list-style-type: none"> • Verificação adequada da realização dos exercícios; • <i>Feedback</i> da pessoa: questionar se apresentou alguma dificuldade durante a execução dos exercícios, identificando possíveis limitações.

22

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	executar exercícios musculares da face	<ul style="list-style-type: none"> – Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular: – exercícios musculares da face, sentado e em frente ao espelho – 1 série, 10 repetições para cada exercício, duas vezes ao dia: unir as sobrancelhas, enrugar a testa; elevar as sobrancelhas; fechar os olhos abruptamente; sorrir; mostrar os dentes; encher a boca de ar; depressão do lábio inferior; – Treinar técnicas de exercício muscular e articular.
DÉFICE SENSORIAL	Défice sensorial no hemicorpo à direita	<ul style="list-style-type: none"> – Gerir o ambiente físico; – Executar estimulação sensitiva com objetos de diferentes texturas (moles, duros, ásperos, rugosos) (Ver Apêndice II-figura 1); – Estimular percepção sensorial: <u>Exercício 1</u>: Dedos em pinça, pegar nas molas e colocar nos arames; <u>Exercício 2</u>: rodar peças metálicas de diferentes tamanhos, colocadas numa estrutura (Ver Apêndice II-figura 2 e 3); – Executar técnica de massagem com bola texturada (Ver Apêndice II-figura 4); – Incentivar a execução de exercício muscular e articular: flexão/extensão dos dedos, abdução/adução dos dedos; – Avaliar sensibilidade. <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade tátil com estímulo com uma compressa e objetos de diferentes texturas. • Sensibilidade dolorosa com ponta de caneta. • Sensibilidade térmica com bacia com água fria e outra com quente.
	Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial, questionando se conhece materiais adaptativos ao défice sensorial; – Ensinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial: utilização de talheres adaptativos com cabo grosso e copo recortado durante as refeições; utensílios de higiene (escova de dentes e cabelo) com cabo grosso nos cuidados de higiene; sapatos adequados antiderrapantes e fixos ao pé.

23

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	adaptativas ao défice sensorial	
	Potencial para melhorar capacidade sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial	<ul style="list-style-type: none">– Avaliar capacidade para usar estratégias adaptativas ao défice sensorial;<ul style="list-style-type: none">• Observar a utilização dos talheres/utensílios adaptativos e do copo recortado;– Instruir sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial;– Treinar sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2. RESULTADOS

Quadro 5: Resultados do Plano de Cuidados de ER

Instrumentos de Avaliação	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Escala Numérica da Dor	0/0	0/0
Escala NIHSS	7 Item paresia facial: <i>score</i> 2 – Paresia parcial (paresia total da parte inferior da face)	6 Item paresia facial: <i>score</i> 1 – Paresia minor (assimetria ao sorrir e no sulco naso labial)
Pares Cranianos	VI Facial - PFC direita, com apagamento do sulco naso labial à direita, desvio da comissura labial à esquerda com queda de saliva, assimetria a sorrir V Trigemínio - Hipoestesia tátil da face à direita.	VI Facial - diminuição do apagamento do sulco naso labial e sem queda da saliva V Trigemínio - Hipoestesia tátil da face à direita.
Escala Modificada de Ashworth	Grau 1 - Flexão/extensão dedos mão direita	Grau 1 - Flexão/extensão dedos mão direita
Coordenação Motora Prova index-nariz Prova calcanhar joelho Prova Indicação de Barany	Dismetria à direita Sem alterações Dismetria à direita	Dismetria à direita Sem alterações Dismetria à direita
Sensibilidade Superficial: Tátil Dolorosa Térmica	Hemi-Hipoestesia à direita Hemi-Hipoalgesia à direita Diminuída (não identifica a água quente)	Hemi-Hipoestesia à direita Hemi-Hipoalgesia à direita Diminuída (identifica a água quente) Reconhecimento da textura da cortiça
Sensibilidade Profunda: Sentido de pressão Vibratória Postural	Presente Presente Presente	Presente Presente Presente
Equilíbrio: Estático sentado Estático em pé Dinâmico sentado Dinâmico em pé	Presente Presente Presente Diminuído	Presente Presente Presente Diminuído

25

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Marcha	Categoria 3 – Marcha dependente com supervisão	Categoria 3 – Marcha dependente com supervisão	
Conhecimentos e Capacidades			
Conhecimentos		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular		ND	D
Conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial		ND	D
Capacidades		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular		ND	D
Capacidade para usar estratégias adaptativas ao défice sensorial		ND	D
Legenda: ND: Não Demonstrado; D: Demonstrado			

O quadro 5 mostra os resultados obtidos com a implementação do programa de reeducação dos músculos da face e de recuperação da sensibilidade. Durante o programa de ER, o Senhor R. apresentou-se vígil e orientado na pessoa, tempo e espaço, mantendo estabilidade hemodinâmica. Demonstrou colaboração ativa e empenho na realização dos exercícios, além de receptividade aos ensinamentos transmitidos. Evidenciou, ainda, confiança no processo de reabilitação, contribuindo positivamente para a sua evolução clínica.

No decorrer das sessões, foi realizado o exame neurológico, com foco na avaliação da paresia facial e da sensibilidade. Este processo visou identificar e documentar a evolução do Senhor R. durante o programa de reabilitação, permitindo avaliar os ganhos alcançados com a intervenção do EEER no contexto pós AVC através da utilização dos instrumentos de avaliação. Na avaliação inicial, segundo a *NIHSS*, o item relativo à paresia facial registou um *score* de 2 – Paresia parcial (paresia total da parte inferior da face). Na avaliação final, verificou-se uma redução para um *score* de 1 – Paresia menor

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

(assimetria ao sorrir e no sulco naso labial), evidenciando uma melhoria significativa. Concomitantemente, observou-se uma melhoria relativamente à avaliação do VII par craniano - nervo facial com diminuição do apagamento do sulco naso labial e sem queda da saliva, indicando recuperação na função motora proporcionada por este par craniano. Observou-se então uma ligeira diminuição do score da *NIHSS* de 7 para 6 (Ver apêndice III). Relativamente à sensibilidade, o Senhor R. referiu progressos notáveis, especialmente na mão direita, demonstrando avanços no reconhecimento tátil e na funcionalidade sensorial. No exercício de reconhecimentos das texturas, demonstrou reconhecer a textura da cortiça que inicialmente não conseguia reconhecer. Na avaliação da sensibilidade térmica com a bacia de água quente, reconheceu senti-la morna em vez de fria. Contudo, na avaliação da *NIHSS*, no item da sensibilidade, manteve-se pontuada com *score* de 1 – Diminuição da sensibilidade de ligeira a moderada. Na avaliação do V par craniano – trigémio, relativamente à hipoestesia tátil da face à direita, não se verificaram alterações.

Após as sessões de ER, o Senhor R. demonstrou conhecimento sobre exercícios musculares da face e sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial. Segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), no conhecimento: controlo do AVC relativamente ao “indicador importância do cumprimento da reabilitação”, o Senhor R. revelou um conhecimento substancial (Moorhead et al., 2016). Esta melhoria foi evidenciada pela correta compreensão verbal das técnicas, confirmada através de perguntas específicas. Na demonstração prática, executou os exercícios corretamente, respeitando as orientações fornecidas. Além disso, mostrou-se confiante para realizar os exercícios de forma autónoma e reconheceu a importância destas técnicas para a sua recuperação, manifestando motivação para os integrar no seu dia-a-dia. Realizou uma 1 série de 10 repetições sem apoio do EEER, no período da tarde. Utilizou corretamente os talheres e utensílios adaptativos (utilizadas compressas), bem como do copo recortado, durante as refeições. Reconheceu a importância destas estratégias para melhorar a sua segurança e a funcionalidade.

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

3. DISCUSSÃO

Com a implementação do programa de reeducação fácil e estimulação sensorial, os resultados obtidos evidenciam uma melhoria significativa na paresia facial e no défice sensorial, focos centrais de ER do presente relato de caso clínico, apesar do curto período de internamento. A literatura consultada, incluindo Pimenta et al. (2019), corrobora estes resultados, evidenciando que um plano de reeducação facial implementado mostrou ganhos significativos na expressão facial, com melhorias na mímica e na redução da perda de saliva. Verificaram que a paresia facial estava frequentemente associada a alterações na deglutição, disartria e queda de saliva. O treino de mímica facial demonstrou ser crucial na minimização das complicações, promovendo melhorias na autoimagem e na qualidade de vida das pessoas (Pimenta et al., 2019).

Santos et al. (2020) observaram que a realização dos exercícios de reeducação facial resultam na diminuição da paresia facial, embora neste estudo não tenha sido totalmente revertida. A ausência de recuperação completa sugere que um período de intervenção mais prolongado pode ser necessário para alcançar uma recuperação total do défice neurológico. Apesar disso, os resultados destacam a importância de uma intervenção precoce e contínua do EEER, contribuindo para a recuperação funcional da pessoa com AVC. No presente caso, seria fundamental estabelecer uma ligação com o serviço para onde foi transferido, assegurando a continuidade do plano de ER. Além disso, a elaboração de um panfleto com os exercícios recomendados contribuiria para facilitar a adesão ao plano, incentivando a prática autónoma e garantindo o cumprimento das orientações, tanto durante o internamento como após o regresso ao domicílio.

Um estudo piloto, realizado em contexto hospitalar, revelou que uma abordagem precoce de ER à pessoa com AVC na fase aguda contribui de forma significativa para a melhoria das funções motoras e sensoriais dos membros superiores. Além disso, foi

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

constatada a diminuição dos impactos psicológicos negativos e a promoção de uma melhor qualidade de vida (Yu et al., 2021).

A ER como uma área de intervenção é amplamente reconhecida por contribuir significativamente para a obtenção de ganhos em saúde. Neste sentido, o EEER atua para maximizar a funcionalidade e o bem-estar da pessoa nos processos de transição saúde-doença. As intervenções incluem a prescrição de estratégias que otimizam e/ou reeducam as funções motoras e sensoriais, o planeamento e implementação de programas que promovem as capacidades funcionais, potenciando assim o seu desenvolvimento pessoal e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este caso clínico teve um impacto relevante no desenvolvimento das competências de ER. Tendo por base o Regulamento nº 392/2019 das competências específicas do EEER, a reabilitação da pessoa com necessidades específicas foi o foco central, nomeadamente aquela que apresenta sequelas de AVC. Este papel exige a prestação de cuidados especializados em diversos contextos da prática clínica, incluindo as unidades de internamento de agudos, como é o caso da unidade de AVC. Além disso, proporcionou uma oportunidade para conceber, implementar e avaliar um plano de reabilitação personalizado, com o objetivo de melhorar a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa, promovendo a sua reintegração social (Regulamento nº 392/2019).

O cuidar, numa perspetiva centrada na pessoa, visa promover uma abordagem focada no relacionamento e na cooperação entre a pessoa e o enfermeiro, favorecendo o desenvolvimento de uma prática holística de cuidar. Procura-se compreender cada pessoa como um ser único, com necessidades específicas que devem ser reconhecidas e atendidas e não apenas tratar a doença (McCormack & McCance, 2010). Nesta linha de pensamento, o presente relato contribuiu para melhorar cuidar, pois permitiu-me adotar uma abordagem holística e integrada. A prestação de cuidados de ER, envolveu uma escuta ativa, empatia, respeito, apoio e a promoção do bem-estar da pessoa nas diversas dimensões: física, emocional, social e psicológica. A intervenção baseou-se num

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

relacionamento terapêutico, no qual procurei compreender as necessidades e os desejos da pessoa, considerando as suas experiências e o seu contexto de vida. Contribuiu igualmente para a minha formação na aplicação prática dos conhecimentos previamente adquiridos, permitindo o aprofundamento sobre a temática em estudo e uma melhor compreensão da importância de uma intervenção precoce e individualizada, focada nas necessidades específicas da pessoa após um AVC. Aprimorou as minhas habilidades no planeamento e execução de um programa de ER, desenvolvendo a minha capacidade de avaliação crítica e a adaptação das intervenções às necessidades de cada pessoa e à especificidade do contexto do estágio. Reforçou também a minha capacidade de prestar cuidados mais humanizados e eficientes, o que representa um avanço no meu percurso de formação.

As dificuldades encontradas ao longo da realização do plano de cuidados e deste caso clínico destacaram-se como desafios significativos na implementação eficaz da intervenção de ER. A complexidade da intervenção à pessoa com AVC revelou-se um dos principais desafios, uma vez que esta apresenta vários focos passíveis de intervenção de ER. A paresia facial compromete a articulação das palavras e a expressão facial, afetando a comunicação e dificultando a interação social. A assimetria facial impacta a perceção da própria imagem, afetando a autoestima e a aceitação da pessoa. Associada à queda de saliva e diminuição da sensibilidade, a paresia facial interfere na alimentação e ingestão de líquidos, comprometendo a mastigação e a deglutição. A diminuição da sensibilidade a nível dos membros superiores, por sua vez, prejudica a perceção do movimento e a coordenação motora fina, o que dificulta a utilização de utensílios às refeições. Esse défice sensorial também dificulta as atividades de vestir/despir e higiene, devido à dificuldade na manipulação do vestuário, distinção de texturas, temperatura e pressão. A perda de sensibilidade nos membros inferiores compromete o equilíbrio e a marcha, resultando em instabilidade, falta de precisão no posicionamento dos pés e maior risco de quedas, impactando a mobilidade da pessoa. Neste sentido, foram identificados outros diagnósticos que exigem intervenção, o autocuidado (arranjar-se,

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

beber, comer, higiene, ir ao sanitário vestuário), a comunicação, a deglutição, o equilíbrio corporal e o andar, visando a melhoria contínua da funcionalidade e o bem-estar da pessoa.

A implementação de intervenções específicas e eficazes exigiu assim uma priorização criteriosa das necessidades do Senhor R., dadas as limitações impostas pelo tempo reduzido de internamento. A sua permanência reduzida na unidade dificultou a continuidade da intervenção, não permitindo a consolidação dos potenciais ganhos funcionais e cognitivos. Para superar esta dificuldade, foi adotada a estratégia de capacitar o Senhor R. através de ensino direcionado, visando melhorar o seu conhecimento e capacidade para realizar os exercícios.. Foram fornecidas orientações sobre os exercícios, incluindo séries e repetições a realizar após a transferência para outra unidade hospitalar, garantindo a validação do conhecimento para assegurar a sua correta execução. Como já referido anteriormente, a elaboração de um panfleto seria crucial para promover esta continuidade de cuidados de ER. Além disso, ao realizar apenas turnos da manhã, sendo um período com vários profissionais a intervir, representou também uma dificuldade importante. O facto de diferentes profissionais estarem a intervir simultaneamente, com diferentes focos e objetivos, dificulta a coordenação das intervenções e a implementação de um plano de reabilitação integrado e contínuo. As estratégias para mitigar essa dificuldade consistiram na definição de objetivos claros, no planeamento cuidadoso das intervenções e numa coordenação mais estreita entre os profissionais de saúde. Mais uma vez, foram dadas indicações ao Sr. R. para realizar exercícios musculares da face (1 série de 10 repetições) no período da tarde, assim como realizar massagem com bola texturada no hemicorpo afetado, tendo cumprido estas indicações confirmado pelo enfermeiro responsável nesse turno.

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este caso clínico pretendeu demonstrar o desenvolvimento da prática especializada em ER, através da avaliação da pessoa, utilizando instrumentos de avaliação específicos para permitir uma análise mais precisa das alterações resultantes do AVC. Destacou a eficácia das intervenções de ER na reabilitação de paresia facial, promovendo ganhos significativos na funcionalidade motora e sensorial, com impactos positivos na autoimagem e qualidade de vida da pessoa com AVC. A aplicação de técnicas específicas, associada ao ensino individualizado, demonstrou ser uma estratégia eficaz, mesmo em contextos de internamento de curta duração.

Uma das principais limitações deste estudo reside no facto de se tratar de um relato baseado numa experiência única, condicionada pelo tempo de contato efetivo disponível com a pessoa em estudo. Este desafio foi intensificado pelo curto período de tempo disponível para a intervenção, dado o reduzido de tempo de internamento. A ausência de continuidade garantida da intervenção especializada após a transferência para outra unidade hospitalar evidenciou a necessidade da capacitação da pessoa na realização dos exercícios, para assegurar a manutenção e progressão dos ganhos alcançados no processo de reabilitação. Futuramente, para garantir que essa continuidade seja mais efetiva, é essencial fortalecer a colaboração com os serviços envolvidos, incluindo por exemplo a criação de um protocolo de comunicação eficaz entre as unidades hospitalares, garantindo que os cuidados iniciados na unidade de origem sejam devidamente replicados e continuados após a transferência. Além disso, o fornecimento de materiais educativos seria outra estratégia a adotar. Contudo, mesmo com uma intervenção de curta duração, é possível fazer a diferença no bem-estar das pessoas, promovendo melhorias significativas na sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Outra limitação consistiu na dificuldade na pesquisa bibliográfica direcionada ao défice sensorial na pessoa com AVC.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Déficit Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Os achados deste caso sublinham a importância de novas pesquisas e investigações sobre a eficácia de intervenções específicas de ER à pessoa com AVC, particularmente com paresia facial e hemi-hipoestesia que permitam melhorar a continuidade dos cuidados. Este relato também contribui para o corpo de conhecimento na área, evidenciando a necessidade de adaptação das intervenções de ER a contextos desafiantes, reforçando a relevância do EEER como elemento essencial na promoção de cuidados de saúde especializados e de qualidade.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Déficit Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Stroke Association. (2024). Types of stroke. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O. & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In Ribeiro, O. (Coord) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp 164-233). Lidel – Edições Técnicas.

Canhão, P. & Melo, T., P. (2023). Acidentes Vasculares Cerebrais. In Ferro, J. M., Pimentel, J. & Martins, I., P. (Eds.) *Neurologia fundamental: Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (3ªed, pp.71-83). Lidel – Edições Técnicas.

Direção-Geral da Saúde (2003). Norma N°09: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da dor. <https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2011a). Norma N°017/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica. <https://pt.scribd.com/document/58966314/Escala-de-Braden-Normativa-DGS>

Direção-Geral da Saúde (2011b). Norma N°054/2011: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação). <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2019). Norma N°008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Instituto Nacional de Estatística (2024). Informação à comunicação social – Causas de Morte 2022.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646029525&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person Centred Nursing: Theory and Practise*. Oxford: Wiley- Blackwell – eBook.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development and Progress* (5ªed). Wolters Kluwers Heath.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K.H. & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016) *Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Tradução da 5ªedição. Elsevier.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2024). *Assess and Treat - NIH Stroke Scale*. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/stroke/assess-and-treat/nih-stroke-scale>

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental do Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

Pimenta, E., Costa, A., Bule, Maria José & Reis, G. (2019) Recuperar e expressão facial após paresia facial central. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento Online*, 5(1), 1691 – 1706. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27489/1/par%3%a9sia%20facial%20282-1425-1-PB.pdf>

Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, Série II(85)*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Ribeiro, O., Moura, M. I. & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp 48-57). Lidel – Edições Técnicas.

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Déficit Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. E., & Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218–235.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36–43.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26:35-44.
https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ªed. Lusodidacta.

Vargas, C. P., Zuchetto, M. A., Schoeller, S. D. & Da Silva Martins, M. M. F. P. (2020). Teoria de Enfermagem de Reabilitação como processo emancipatório: nota prévia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 76–79.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.11.5813>

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

World Health Organization. (2022). World Stroke Day 2022.
<https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>

Yu, M., Wang, L., Wang, H., & Wu, H. (2021) The effect of early systematic rehabilitation nursing on the quality of life and limb function in elderly patients with stroke sequelae *American Journal of Translation Research*, 13(8), 9639-9646.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8430147/pdf/ajtr0013-9639.pdf>

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente
Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICES

I
Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente
Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE I

Avaliação da Força Muscular - *Medical Research Council Muscle Scale*

II

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Déficit Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Avaliação Inicial da Força Muscular			
Segmentos	Movimentos	Pontuação	
		MSE	MSD
Escapulo-umeral	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Adução	5	4
	Abdução	5	4
	Rotação interna	5	4
	Rotação externa	5	4
Cotovelo	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
Antebraço	Pronação	5	4
	Supinação	5	4
Punho	Flexão plantar	5	4
	Dorsi-flexão	5	4
	Desvio radial	5	4
	Desvio cubital	5	4
	Circundação	5	4
Dedos	Flexão	5	3
	Extensão	5	3
	Adução	5	4
	Abdução	5	4
	Circundação	5	4
	Oponência do polegar	5	3
		MIE	MID
Coxo-femoral	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Abdução	5	4
	Adução	5	4
	Rotação interna	5	4
	Rotação externa	5	4

III

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Déficit Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Joelho	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
Tibiotársica	Flexão plantar	5	4
	Flexão dorsal	5	4
	Inversão	5	4
	Eversão	5	4
Dedos	Flexão	5	3
	Extensão	5	3
	Adução	5	4
	Abdução	5	4

Fonte: (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Legenda:

- Grau 5: Normal;
- Grau 4: Movimento contra a gravidade e resistência;
- Grau 3: Movimento contra a gravidade ao longo de (quase) toda a amplitude;
- Grau 2: Movimento do membro, mas não contra a gravidade;
- Grau 1: Contração visível sem movimento do membro;
- Grau 0: Sem contração visível.

IV

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Déficit Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE II

Materiais de apoio para a estimulação sensorial.

V

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

As imagens presentes neste apêndice são de autoria própria e constituem materiais presentes no contexto de estágio.

Figura 1: Kit de texturas para estimulação da sensibilidade



Fonte: Autoria própria

Figura 2: Exercício 1: Dedos em pinça, pegar nas molas e colocar nos arames.



Fonte: Autoria própria

VI

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa com Paresia Facial e Défice Sensorial após Acidente Vascular Cerebral – Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Figura 3: Exercício 2: Rodar peças metálicas de diferentes tamanhos, colocadas numa estrutura.



Fonte: Autoria própria

Figura 4: Técnica de massagem com bola texturada



Fonte: Autoria própria

VII

Luciana Toscano | novembro 2024 | Atlântica

ANEXOS

ANEXO I

**Certificado do “Workshop Neurociências – Do passado ao presente – o Futuro
é hoje”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **LUCIANA SOFIA DUARTE TOSCANO** frequentou a **Ação de Formação** **“Workshop Neurociências - Do passado ao presente - o Futuro é Hoje”**, realizada no **dia 15 de outubro de 2024**, com a duração total de **6 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 13 de dezembro de 2024

Del.ª A Área de Gestão da Formação

Cristina Bispo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE
SÃO JOSÉ
ÁREA DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

Declaração N.º 12294/2024/LL

CARDIOLOGIA/MARTA

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

ANEXO II

**Certificado da Ação de Formação “Via Verde de AVC: do diagnóstico ao
tratamento e reabilitação”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



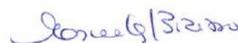
Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **LUCIANA SOFIA DUARTE TOSCANO** frequentou a **Ação de Formação "Via Verde de AVC: do Diagnóstico ao Tratamento e Reabilitação"**, realizada **no dia 05 de Dezembro de 2024**, com a duração total de **8 horas**.

Lisboa, 12 de Dezembro de 2024

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE
SÃO JOSÉ
ÁREA DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

Declaração N.º 11995/2024/CS

/HSMaria

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

ANEXO III

**Certificado da Formação “Abordagem Multidisciplinar ao Doente Idoso com
Fratura Colo do Fémur – Cuidados após a alta”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA

CENTRO DE
FORMAÇÃO

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 21001:2020

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, **LUCIANA SOFIA DUARTE TOSCANO**, natural de Santarém, nascida a 23-05-1996, com o documento de identificação n.º 15087062 válido até 03-08-2031, frequentou no dia 04-12-2024 com a duração total de 5 horas, o Curso de Formação Profissional

Abordagem Multidisciplinar ao Doente Idoso

com Fratura Colo do Fémur - Cuidados após a Alta

Lisboa, 23 de dezembro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação da ULSSM

Certificado N.º 892/2024

CENTRO DE
FORMAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 108 – Fax: 217 805 603
www.chln.pt

Mod.055/008/CF-ULSSM

ANEXO IV

Certificado da Formação “Inaloterapia”

Enfermagem de Reabilitação na Intervenção Precoce à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral em Fase Aguda

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



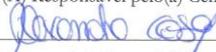
Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Luciana Sofia Duarte Toscano natural de Santarém nascida em 23/05/1996, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 15087062 válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Inaloterapia, em 22/02/2024, com a duração de 6:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução	0:10	-
Inaloterapia: Conceitos básicos; Dispositivos inalatórios; Fármacos mais frequentes;	0:30	-
Técnicas de Inalação; Erros mais frequentes; Otimização da terapêutica inalatória; Educação/ adesão à terapêutica inalatória;	0:40	-
Indicação especial de antibióticos inalados;	0:40	-
Manuseamento e treino dos diferentes dispositivos	3:00	-
Avaliação	1:00	-

Lisboa, 11 de outubro de 2024

O(A) Responsável pelo(a) Centro de Formação da Unidade Local de Saúde Santa Maria



(Assinatura e selo br)

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação da ULSSM

Certificado n.º 72/2024 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO V

**Certificado do Curso Pós-Graduado em Hipertensão Pulmonar – *Nursing*
*workshop***

NURSING WORKSHOP
CERTIFICADO
Luciana Toscano
Completo 3horas



2ª EDIÇÃO
Curso Pós-Graduado
em Hipertensão Pulmonar
2nd EDITION
Postgraduate Course in Pulmonary Hypertension

Aula Magna
Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa
Lisboa, Portugal

26 a 28 de setembro
September 26th to 28th



New Frontiers
in Cardiovascular Medicine
Pulmonary Hypertension

www.hp2024.caml-cardiologia.pt



EACCME®

European Accreditation Council for Continuing Medical Education

Certificate

The **2nd POST-GRADUATE COURSE UPDATE IN PULMONARY HYPERTENSION 2024**
Lisbon, Portugal, 26/09/2024 - 28/09/2024

organized by **Association for Research and Development of the Faculty of Medicine (AIDFM)**
has been accredited
by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®)
for a maximum of **12.5** European CME credits (ECMEC®s).

Dr Luciana Toscano

has been awarded **[12.5]** European CME Credits (ECMEC®s)
for his/her attendance at this event.

Prof. Vassilios Papalois
President of UEMS

Dr João Grenho
Secretary General of UEMS

Accreditation Statement

Each medical specialist should claim only those credits that he/she actually spent in the educational activity.

Through an agreement between the European Union of Medical Specialists and the American Medical Association, physicians may convert EACCME® credits to an equivalent number of AMA PRA Category 1 Credits™. Information on the process to convert EACCME® credits to AMA credits can be found at <https://edhub.ama-assn.org/pages/applications>.

Live educational activities occurring outside of Canada, recognised by the UEMS-EACCME® for ECMEC® credits are deemed to be Accredited Group Learning Activities (Section 1) as defined by the Maintenance of Certification Program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

