



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO
PARA A MARCHA COM A PESSOA APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

REALIZADO POR:

ANA ISABEL DA SILVA FIGUEIREDO

Orientação: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, 2025

Escola Superior de Saúde Atlântica

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO
PARA A MARCHA COM A PESSOA APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

REALIZADO POR:

ANA ISABEL DA SILVA FIGUEIREDO

Orientação: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, 2025

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

"A força não provém da capacidade física, mas de uma vontade indomável."

– Mahatma Gandhi

No final deste percurso, destaco o meu reconhecimento aos professores desta Instituição, pela dedicação e empenho que colocam na sua missão educativa. Dirijo um agradecimento especial ao meu orientador, Professor Doutor Luís Sousa, pela constante disponibilidade e genuína preocupação demonstradas ao longo de todo o processo.

Também aos enfermeiros supervisores especialistas em enfermagem de reabilitação que tão bem me receberam e acompanharam, assim como a todos aqueles com quem tive a oportunidade de me cruzar.

Não posso deixar de expressar enorme gratidão à minha família, pelo amor incondicional e pelo apoio constante em todos os momentos. Mesmo nos períodos em que a minha ausência foi sentida, nunca deixaram de me dar a força que me motivou a seguir em frente.

Sem vocês, esta conquista não teria sido possível.

SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

CI – Cuidador informal

CSD – Cuidados de Saúde no Domicílio

CSIE – Cuidados de Saúde informados pela evidência

DGS – Direção-Geral de Saúde

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

EMER – Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

FR – Frequência respiratória

GUSS – Gugging Swallowing Screen

MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCI – Plano de cuidados individualizado

RA – Realidade aumentada

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RFM - Reeducação funcional motora

RV – Realidade Virtual

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sp 02 – Saturação periférica de oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

RESUMO

Enquadramento: O presente relatório pretende relatar as aprendizagens teóricas e práticas no decorrer do estágio profissionalizante realizado no contexto do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com evidência na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a pessoa após Acidente Vascular Cerebral para a capacitação para andar com auxiliar de marcha.

Objetivo: Refletir e analisar o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo dos estágios para justificar a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das Competências inerentes ao grau de Mestre. A consolidação destas competências concretizou-se através das atividades realizadas, com particular destaque na área do Acidente Vascular Cerebral, temática central do estágio final.

Metodologia: Realizada uma pesquisa bibliográfica e uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de fundamentar a aquisição de conhecimento sobre a temática abordada, complementadas por uma análise reflexiva com o propósito de demonstrar o desenvolvimento de competências.

Resultados: A realização do estágio constituiu uma oportunidade valiosa para aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos previamente adquiridos, possibilitou o desenvolvimento e implementação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, com programas individualizados orientados para a capacitação e promoção da independência funcional da pessoa após Acidente Vascular Cerebral. A elaboração do presente relatório permitiu refletir

criticamente sobre as aprendizagens consolidadas, bem como desenvolver competências de pesquisa informada na evidência científica.

Conclusão: No término do percurso académico do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, constata-se a aquisição e o desenvolvimento das Competências Comuns, Competências Específicas em Enfermagem de Reabilitação, bem como das competências inerentes ao grau de Mestre. A articulação entre o conhecimento teórico e a prática desenvolvida em contexto de estágio proporcionou um enriquecimento significativo, tanto a nível profissional como pessoal.

DESCRITORES

Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Capacitação; Equilíbrio Corporal; Independência Funcional

ABSTRACT

Framework: This report aims to present and critically reflect upon the theoretical and practical learning experiences acquired throughout the professional internship, undertaken within the scope of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing. It specifically highlights the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in empowering individuals post-Stroke to ambulate with the aid of mobility devices.

Objective: To reflect on and critically analyze the learning trajectory developed during the internships, thereby substantiating the acquisition of the Common Competencies of the Specialist Nurse, the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, and the competencies inherent to the attainment of the Master's degree. The consolidation of these competencies was achieved through the activities undertaken, with particular emphasis on Stroke rehabilitation, the core focus of the final internship.

Methodology: A comprehensive bibliographic search and a narrative literature review were conducted to underpin the acquisition of knowledge related to the selected theme, complemented by a reflective analysis aimed at demonstrating the development and integration of professional competencies.

Results: The internship constituted a valuable opportunity to deepen previously acquired theoretical and practical knowledge. It facilitated the development and implementation of individualized rehabilitation nursing care plans, oriented towards enhancing the functional independence and empowerment of individuals following a Stroke. The preparation of this

report enabled a critical reflection on the consolidated learning outcomes and fostered the development of evidence-based research competencies

Conclusion: Upon completion of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing, the acquisition and consolidation of the Common Competencies, the Specific Competencies in Rehabilitation Nursing, as well as the competencies associated with the Master's level, were evidenced. The integration of theoretical knowledge with practical experience developed during the internship significantly enriched both professional practice and personal growth.

KEYWORDS

Rehabilitation Nursing; Stroke; Empowerment; Postural Balance; Functional Independence.

ÍNDICE

Introdução	13
Análise do Contexto	17
Contexto do Estágio de Reabilitação na Comunidade	17
Contexto do Estágio de Reabilitação em Hospital	21
Enquadramento Concetual	25
Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem	28
Teoria das Transições de Afaf Meleis	32
Empoderamento, Capacitação, Autonomia e Independência	36
A Pessoa sujeita a Acidente Vascular Cerebral	41
Reabilitar a pessoa com AVC.....	45
Os Focos de Enfermagem mais relevantes	51
Análise Critico-Reflexiva das Competências	64
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	64
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ...	74
Competências de Mestre	94
Análise SWOT	97
Conclusão	99
Referências Bibliográficas	103
Apêndices	115
Apêndice I – Consentimento Informado Livre E Esclarecido Para Participação Em Investigação	116
Apêndice II – Formação Sobre Intervenção na Pessoa com AVC.....	117
Apêndice III – Formação Sobre Oxigenoterapia e Inaloterapia	120
Apêndice IV - Relato de caso: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação da marcha, na pessoa com Acidente Vascular Cerebral.....	124

Introdução

A elaboração deste Relatório de Estágio Profissionalizante encontra-se no enquadramento da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante (EP) integrada no 2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), da Escola de Superior de Saúde Atlântica e decorreu durante o período letivo 2024/2025. A sua realização detém como objetivo analisar o percurso formativo desenvolvido enquanto Estudante do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação (EMER), refletir criticamente sobre as aprendizagens e experiências vividas, e demonstrar a aquisição de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Específicas de Enfermagem de Reabilitação (ER), assim como Competências do grau de Mestre.

Este trajeto teve início com a aquisição de conhecimentos teóricos e teórico-práticos na Instituição de Ensino Superior, que foram desenvolvidos no decorrer da prática clínica, realizada nos estágios em contextos da comunidade e hospitalar. O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas ao longo desse trajeto e proporciona uma análise reflexiva sobre a evolução profissional e pessoal do EMER.

O estágio profissionalizante decorreu num serviço de internamento com as especialidades de Medicina Interna e CRI-Coluna, que apresenta uma vasta abrangência a nível de idade, patologias e necessidades de intervenção específica, na área de ER, o que propiciou benefícios quanto à aprendizagem de conhecimentos e habilidades.

No internamento a intervenção dos EEER demonstra ganhos em saúde, relevantes para a pessoa, tanto na prevenção de complicações como na capacitação para a sua máxima independência. Inseridos na equipa multidisciplinar, os EEER planeiam os cuidados de ER centrados na pessoa, identificam as suas necessidades e elaboram planos de cuidados e

programas de ER alinhados com os objetivos e crenças individuais. Percebem as expectativas pessoais, os valores e as preferências de acordo com o plano de vida e saúde da pessoa e desenvolvem a relação terapêutica, com base numa relação de confiança, para atingir o bem-estar e a satisfação da pessoa. De acordo com as necessidades identificadas, são delineadas estratégias individualizadas com o propósito de prevenir complicações, promover a saúde, o bem-estar e o autocuidado, bem como favorecer a readaptação e a reeducação funcional, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação da pessoa.

O relatório encontra-se estruturado conforme as orientações para a elaboração do relatório de estágio profissionalizante, após a introdução são descritos os contextos onde decorreram os estágios, referidos os recursos físicos e humanos, as metodologias da equipa e os projetos de melhoria contínua, de forma a descrever e clarificar a realidade encontrada no decorrer deste percurso de aprendizagem.

Apresenta uma abordagem sobre os modelos conceptuais, são enunciados os referenciais teóricos que suportam o pensamento crítico, essencial para a prática profissional desenvolvida, assim como, uma clarificação dos conceitos considerados mais relevantes para a temática abordada. De seguida, são aprofundados os conhecimentos técnico-científicos envoltos à temática da pessoa com AVC, os quais visam o exercício de uma prática programada e metódica, através do desenvolvimento do raciocínio clínico, informado na melhor evidência disponível. A elaboração do plano de cuidados foi suportada em referenciais teóricos, e de acordo com a temática desenvolvida, destacadas como fundamentos essenciais para a prática, a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Escolhida como temática central, a capacitação da pessoa para a aquisição da marcha após AVC, foi realizada uma revisão teórica sobre a patologia, que enuncia os fatores de risco, as diferentes tipologias de AVC e o tratamento adequado.

Especificamente na área de reabilitação da pessoa pós AVC, foram mobilizados os conhecimentos adquiridos durante a componente teórica do curso para a prática, e elaborados planos de cuidados de ER com a pessoa para a capacitação para a marcha. O processo de enfermagem de reabilitação caracteriza-se como um processo progressivo, motivo pelo qual, o plano de cuidados e as atividades programadas foram concebidos, implementados, avaliados e, sempre que necessário, ajustados paulatinamente, de acordo com a tolerância individual da pessoa e dos resultados obtidos.

Percebida a fundamentação teórica da patologia do AVC, pretende-se inferir sobre as limitações funcionais resultantes. O EEER identifica as necessidades de intervenção específicas de ER, de modo a potenciar a autonomia e a independência funcional da pessoa. Para alcançar este objetivo, explorar os valores e expectativas da pessoa, aliados às necessidades identificadas, permite ao EEER, elaborar um plano de cuidados, com a pessoa que visa a capacitação para o autocuidado e para a marcha, e possibilita o regresso seguro ao domicílio e a sua reintegração na sociedade.

Para o sucesso da implementação do processo de ER emerge a importância da relação terapêutica entre ER e a pessoa, família ou cuidador. Esta relação de confiança facilita o desenvolvimento dos processos de literacia em saúde, autonomia para uma tomada de decisão consciente e para a capacitação da pessoa, família ou cuidador, para atingir a independência funcional e obter ganhos em saúde.

O relatório contempla, posteriormente, uma análise crítico-reflexiva sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEER e as competências do grau de mestre. Finda com uma análise swot referente ao percurso desenvolvido enquanto EMER e a conclusão, que expressa os resultados obtidos no decorrer de todo o percurso.

O relatório pretende salientar a importância da intervenção do EEER nos cuidados à pessoa, família ou cuidador no processo de transição saúde-doença, com a promoção da saúde, a prevenção de complicações e maximização da capacitação e independência funcional para realizar as atividades de vida diárias (AVD) com vista à reintegração social. Deste modo, de encontro às necessidades e expectativas da pessoa, o EEER assegura a sua satisfação, promove o bem-estar e contribui para a melhoria da qualidade de vida, agindo como facilitador para um retorno precoce e seguro ao domicílio.

O relatório foi elaborado de acordo com as normas da American Psychological Association (7ª edição).

Análise do Contexto

Após o decorrer de aprendizagem realizada na Instituição de Ensino Superior, de conteúdos teóricos e teórico-práticos, desenvolvi com base nestes conhecimentos a componente da aprendizagem prática. O contexto da prática clínica decorreu ao longo de dois estágios: o Estágio de Reabilitação na Comunidade, desenvolvido no contexto de Cuidados de Saúde no Domicílio e o Estágio profissionalizante, realizado em contexto hospitalar, em internamento, num serviço de Medicina Interna e CRI-Coluna.

Estes momentos de aprendizagem da prática clínica foram realizados no ano 2024, permitiram desenvolver e consolidar os conhecimentos anteriormente adquiridos e, desenvolver competências comuns e específicas de EEER, assim como competências de Mestre.

Contexto do Estágio de Reabilitação na Comunidade

A realização do estágio em contexto de reabilitação na comunidade decorreu numa instituição de prestação de Cuidados de Saúde no Domicílio (CSD). Esta unidade encontra-se dividida em dois polos (consoante a área geográfica de atuação). O horário de funcionamento verifica-se em dias úteis, das 08h00 às 18h00.

Este estágio decorreu entre o período de 20 de Maio a 26 de Julho de 2024, totalizando 232 horas sob orientação de dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

A instituição distingue-se por uma longa história que remonta a vários séculos. Tem como missão promover o bem-estar das pessoas, com especial atenção àqueles em situação de

maior vulnerabilidade. Estão abrangidas áreas de atuação como saúde, ação social, educação, ensino e cultura (Manual de Acolhimento, 2023).

Os CSD destinam-se a pessoas agregadas a esta entidade, incapazes de se deslocar às respetivas unidades. Apresentam como objetivos: manter as pessoas no seu ambiente habitual, evitar a institucionalização precoce, potenciar a máxima independência e autonomia da pessoa e promover a saúde oferecendo respostas adequadas às necessidades identificadas (Manual de Acolhimento, 2023).

É uma unidade de prestação de cuidados de saúde multidisciplinar, oferece cuidados médicos de Medicina Geral e Familiar, consultas médicas de especialidade de psiquiatria, consulta de nutrição, cuidados gerais de enfermagem a nível preventivo e curativo e cuidados de enfermagem especializados nas áreas de reabilitação e saúde mental. A equipa multidisciplinar deste Polo de CSD é constituída por: um enfermeiro coordenador; três médicas de medicina interna; um médico psiquiatra; dez enfermeiros (divididos por três sub-equipas), dos quais dois são enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação; dois auxiliares de ação médica; duas administrativas, uma secretária clínica e seis motoristas (Manual de Acolhimento, 2023).

Como metodologia a equipa pratica o método de responsável pela pessoa. Cada enfermeiro tem atribuídas as pessoas pelas quais é responsável, e assegura o seguimento com visitas domiciliárias previamente agendadas, em dias definidos. Realizam uma reunião multidisciplinar semanal para discussão e partilha sobre os casos de forma individualizada. Esta metodologia está alinhada com as conceções atuais de cuidados centrados na pessoa, visa a otimização dos recursos disponíveis, bem como a promoção da eficiência, segurança e qualidade na prestação dos cuidados de saúde. A conceção dos planos de cuidados é baseada

no método científico, no reconhecimento das necessidades da pessoa, no planeamento, implementação e avaliação das intervenções, desde o momento da admissão até ao momento da alta (Parreira et al., 2021).

Este método acarreta vantagens como a individualização dos cuidados, permite à pessoa reconhecer o enfermeiro responsável pelo processo de reabilitação estreitando vínculos na relação enfermeiro-pessoa, fortalece a confiança e segurança da pessoa no enfermeiro. Potencia a identificação de necessidades e a eficácia na implementação e avaliação do plano de enfermagem e permite mensurar os resultados relativos a ganhos em saúde. Para a instituição, este método reflete maior qualidade nos cuidados prestados, satisfação da pessoa e família e redução na probabilidade de erro (Parreira et al., 2021).

A equipa de CSD abrange como área geográfica de atuação as freguesias de Campo de Ourique, Estrela, Campolide, Alcântara, Ajuda, Belém, Avenidas Novas, Benfica, São Domingos de Benfica, Carnide, Lumiar e Santa Clara (Manual de Acolhimento, 2023).

Os CSD têm desenvolvido projetos no âmbito da melhoria de prestação de cuidado de qualidade. Iniciaram um estudo sobre a caracterização da população no ano 2023, com apresentação dos resultados obtidos. Encontra-se implementada a avaliação da Deglutição pelo EEER, através da aplicação da Escala de Guss, realizada em equipa multidisciplinar com cooperação com a nutricionista. Sempre que identificada a necessidade, procede-se à prescrição de administração de espessante (Manual de Acolhimento, 2023).

Integrada nos CSD, a intervenção do EEER revela-se fundamental na identificação precoce de necessidades específicas da pessoa, com o objetivo de promover a máxima funcionalidade,

prevenir a institucionalização precoce e preservar a qualidade de vida. No âmbito da sua intervenção, o EEER acompanha a pessoa ao longo do processo de cuidados, visa a capacitação tanto da própria pessoa como da respetiva família ou cuidador, de modo a potenciar a máxima independência e autonomia (Manual de Acolhimento, 2023).

Aquando do primeiro contato com a pessoa é realizada a colheita de dados e uma primeira avaliação, na qual são identificados os focos, construídos os diagnósticos e definidas as respetivas intervenções. São realizadas avaliações intermédias até à final, com avaliação dos resultados obtidos. A avaliação é conseguida através da aplicação das respetivas escalas. Os instrumentos de avaliação usados nesta unidade são: MRC – Medical Research Council (avaliação da força muscular); Escala de Equilíbrio de Berg (avaliação estado funcional, estático e dinâmico); Escala de Morse (avaliação risco de queda em adultos); Índice de Barthel (avaliar o grau de dependência física); MIF – Medida de Independência Funcional (avaliação da capacidade funcional); Índice de Lawton & Brody (Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária); Escala de Ashworth Modificada (Avaliação do tônus/espasticidade) (Sampaio, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Na ER torna-se premente adquirir dados que corroborem as necessidades e intervenções identificadas, assim como os processos elaborados (Ribeiro et al., 2021).

Ribeiro et al. (2021) afirmam que, na atualidade, o processo de enfermagem é indispensável para a evolução da profissão, tendo a sua introdução na prática clínica ocorrido na década de 1970. Este método orienta e dá credibilidade à prática, eleva a qualidade dos cuidados e contribui para o reconhecimento e visibilidade de ER como profissão.

A unidade não dispõe de um sistema de registo informático institucional. Face a esta lacuna e à perceção da sua relevância, a equipa de enfermagem, por iniciativa própria, desenvolveu um programa na plataforma *Forms*, no qual são registados os dados relativos às consultas de enfermagem. Neste sistema encontram-se, igualmente inseridos os dados provenientes da prestação de cuidados no âmbito da ER. Sempre que, na sua avaliação, os enfermeiros identificam a necessidade de intervenção por parte do EEER, procedem à referenciação da pessoa e das respetivas necessidades identificadas por meio da plataforma digital disponibilizada para esse fim.

Contexto do Estágio de Reabilitação em Hospital

O estágio profissionalizante em contexto hospitalar foi realizado em internamento, num serviço de Medicina Interna, num hospital que integra uma Unidade Local de Saúde (ULS). Decorreu entre os dias 16 de setembro e 19 de dezembro de 2024, com duração de 284 horas no total, sob a supervisão de uma EEER.

A ULS determina como missão, a prestação de cuidados de saúde individualizados à pessoa, de acordo com as melhores práticas clínicas, em articulação com unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (SNS, 2024).

A atividade na instituição rege-se por base em valores como: melhoria contínua da qualidade dos cuidados exercidos; ética profissional; cuidados centrados na pessoa; atividade orientada para resultados; desenvolvimento de competências técnicas exercidas com rigor e avaliação sistemática; trabalho em equipa multidisciplinar e desenvolvimento de boas condições de trabalho (SNS, 2024).

Como objetivos a ULS menciona: prestação de cuidados de saúde diferenciados de qualidade, realizados em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; prevenção da doença; otimização dos recursos disponíveis; constituir-se como entidade de referência; promoção do ensino, da formação e da investigação nas áreas clínicas; melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica; promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados e uma política de incentivos à produtividade, desempenho e ao mérito (SNS, 2024).

Constituída por unidades hospitalares e unidades de cuidados de saúde primários, e distinguindo-se com uma forte vertente no ensino universitário e formação pós-graduada, a instituição evidencia um elevado grau de diferenciação científica, técnica e tecnológica. Este desenvolvimento visa o reconhecimento da instituição como uma referência pela excelência clínica, eficácia e eficiência que assume (SNS, 2024).

O serviço de internamento no qual desenvolvi o meu estágio profissionalizante iniciou atividade com as especialidades de Medicina Interna e CRI Coluna recentemente, em novembro de 2023. Possui 28 camas, das quais, 20 atribuídas à especialidade de Medicina e 8 à especialidade de CRI Coluna. De modo a facilitar a organização, o serviço está dividido por áreas de trabalho, 4 quartos de 6 camas, 1 quarto com 4 camas e 4 quartos individuais (em que apenas um não possui casa de banho e duche), sala de enfermagem, sala de médicos, gabinete para o secretariado, sala de preparação de terapêutica, zona de sujos, duas salas de armazenamento de material, uma sala para arrumação de equipamento, casa de banho para profissionais e uma copa para apoio na preparação das refeições.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por: enfermeira gestora, enfermeira coordenadora, enfermeiros de cuidados gerais, três enfermeiros especialistas em enfermagem

de reabilitação, médicos especialistas de medicina interna, médicos especialistas em neurocirurgia, técnicos de ação médica, assistentes de secretariado, assistente responsável pela distribuição da alimentação, assistente de serviço de limpeza e profissionais de saúde em diversas áreas, tais como psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social e farmácia.

A metodologia adotada pela equipa de enfermagem é o método individual, existe um plano para distribuição de pessoas, através do qual cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados às pessoas que lhe estão atribuídas no respetivo turno. Esta distribuição é decidida consoante os níveis de dotação e necessidades de cuidados previstas. De acordo com este método, os cuidados são focados na pessoa, promovem uma atuação com qualidade, eficácia e segurança (Parreira et al., 2021).

Segundo o método individual, a identificação do enfermeiro responsável pela prestação de cuidados durante o turno é facilitada, o que favorece uma ação mais próxima, personificada e humanizada. Esta abordagem contribui para o fortalecimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, que permite estabelecer um vínculo de confiança e segurança no processo de cuidados (Parreira et al., 2021).

Ao enfermeiro permite implementar de forma sistematizada o processo de cuidados, atualizar continuamente os seus conhecimentos e avaliar a qualidade da sua prática, deste modo, favorece o desenvolvimento das suas competências e habilidades individuais. A continuidade de cuidados ao longo do turno reduz a probabilidade de erro e permite um conhecimento mais aprofundado da pessoa, facilita o desenvolvimento da relação terapêutica, que se traduz na satisfação da pessoa e em qualidade nos cuidados prestados. Este método permite ao enfermeiro maior responsabilidade e autonomia na sua prática assim como na tomada de decisão. Para as organizações, demonstra qualidade na prestação de cuidados, permite a

continuidade dos cuidados e contribui para a diminuição de ocorrência de erros (Parreira et al., 2021).

O serviço funciona de forma ininterrupta, sendo as 24 horas divididas em três turnos, manhã, tarde e noite e é assegurada em cada turno, a presença de um enfermeiro responsável. Os EEER neste serviço desempenham o seu exercício profissional nos turnos da manhã (incluindo fins de semana) e assumem, de acordo com as suas competências acrescidas, a função de responsável de turno (Parreira et al., 2021).

Em consonância com os objetivos da ULS, os enfermeiros desenvolvem projetos e formações em diversas áreas: quedas, úlceras de pressão, controlo de infeção, feridas, medidas de segurança, emergência e formação em serviço de acordo com as necessidades identificadas (SNS, 2024).

Enquadramento Concetual

Historicamente, embora a enfermagem prestasse cuidados de qualidade, carecia de um corpo de conhecimento estruturado e de evidência científica que fundamentasse a sua prática. A partir do século XX, emergiu a necessidade de uma base teórica própria, para legitimar a enfermagem como disciplina e profissão (Alligood & Tomey, 2004). Influenciadas por Florence Nightingale, as enfermeiras iniciaram o desenvolvimento de teorias que, ao longo do tempo, se consolidaram como pilares fundamentais da prática profissional e do reconhecimento científico da enfermagem (Alligood & Tomey, 2004; Rocha & Martins, 2024).

Em paralelo com outras disciplinas, sob influência de distintas correntes de pensamento, a enfermagem tem prosperado no domínio do conhecimento científico e como profissão (Rocha & Martins, 2024). A integração de fundamentos teóricos na prática clínica revela-se crucial para o fortalecimento da disciplina de enfermagem e, conseqüentemente, para a elevação da qualidade dos cuidados prestados. Em consonância com o seu mandato social, os EEER têm vindo a desenvolver a sua prática de forma programada e metódica baseados em referenciais teóricos consistentes (Ribeiro et al., 2021).

A evolução da teoria de enfermagem é evidenciada pela transição da fase pré-paradigmática, caracterizada pela ausência de um saber formal, na qual os cuidados iniciais estavam centrados no ambiente e, posteriormente, na doença, para uma fase paradigmática, evoluindo progressivamente para a prestação de cuidados fundamentados em conhecimento e metodologia científica, centrados na pessoa enquanto ser holístico, assim como na família e na comunidade (Rocha & Martins, 2024).

A classificação dos modelos de enfermagem como paradigmas, que ligam um metaparadigma com os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, oferece uma visão sistemática dos estudos teóricos de enfermagem o que aprimora a compreensão do desenvolvimento do conhecimento (OE, 2001). O metaparadigma é o elemento estruturante mais abstrato do conhecimento de uma disciplina. Engloba as principais orientações filosóficas, modelos conceptuais e as teorias que norteiam a investigação, assim como os indicadores empíricos que operacionalizam os conceitos teóricos. Além disso, contextualiza os trabalhos teóricos de forma mais abrangente, facilita a percepção do progresso da ciência de enfermagem sob essa ótica paradigmática e permite obter significado e coerência às teorias e processos de conhecimento (Alligood & Tomey, 2004; Rocha & Martins, 2024).

O paradigma configura um corpo estruturado de teorias, normas e metodologias, amplamente reconhecido e aceite pela comunidade científica. A cada paradigma está implícita determinada forma de perceber e interpretar o mundo, sendo que a mudança de paradigma implica uma transformação profunda e radical dessa perspectiva. Os paradigmas predominantes (modelos) ofereceram diversas abordagens para a prática, gestão, ensino, investigação e para o desenvolvimento subsequente da teoria de enfermagem (Alligood & Tomey, 2004; Rocha & Martins, 2024).

No contexto da disciplina de Enfermagem, as teorias constituem o principal alicerce para a construção do seu corpo de conhecimento. São essenciais não apenas para a consolidação do ensino da Enfermagem, mas também para o avanço do conhecimento científico. Para além disso, orientam a prática profissional, com fundamento numa abordagem crítica e reflexiva, sustentada no ciclo contínuo de ação-reflexão-ação, o que contribui para uma prestação de cuidados mais consciente, fundamentada e humanizada. Atualmente, a era da teoria persiste, com foco na aplicação do conhecimento de enfermagem como orientação para o pensamento

crítico essencial para a prática profissional. A integração da teoria na prática está associada ao foco no desenvolvimento de novos conhecimentos em enfermagem, visto que a investigação fundamentada na teoria continua a prosperar na atual era da teoria (Alligood & Tomey, 2004; Rocha & Martins, 2024).

A Enfermagem abrange quatro conceitos centrais: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Juntos, esses conceitos reproduzem o metaparadigma da enfermagem, que definem elementos fundamentais para a essência da disciplina. No metaparadigma de enfermagem, cada um dos quatro conceitos é retratado como abstrato (OE, 2001; Pereira, Sousa & Severino, 2025).

As teorias, contrariamente às leis científicas, não antecipam os resultados com total precisão. As ciências naturais são maioritariamente, baseadas em rigor e objetividade. Considerando que a enfermagem é uma ciência humana, as teorias de enfermagem serão mais confiáveis à medida que a pesquisa que as sustenta é testada e desenvolvida (Rocha & Martins, 2024).

Por conseguinte, a teoria conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino, e a investigação dentro da profissão. Além disso, o estudo da teoria desenvolve capacidades analíticas e poder de pensamento crítico, clarifica valores e pressupostos e dirige os objetivos da prática, do ensino e da investigação na enfermagem (Rocha & Martins, 2024).

A evolução no âmbito do conhecimento impacta a interface entre a ciência de enfermagem e a investigação e contribui para o progresso na prática dos cuidados prestados (Rocha & Martins, 2024).

A enfermagem de reabilitação como um domínio de especialidade da disciplina de enfermagem possui competências para prestar cuidados diferenciados, prevenir complicações, promover o autocuidado, capacitar as pessoas com incapacidade e maximizar a sua funcionalidade. Ao exercer a sua prática, o EEER recorre como método científico ao processo de enfermagem (PE), desenvolve o pensamento crítico e uma intervenção metódica e programada com objetivos previamente definidos. O PE deve ser elaborado com base em pelo menos uma teoria de enfermagem, para orientar o exercício da prática e facilitar todas as fases do processo (Ribeiro et al., 2021).

A importância de alicerçar o exercício da prática nos referenciais teóricos encontra-se evidenciada nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos EEER, que destacam como estruturantes os modelos de autocuidado e das transições (OE, 2015). Esta perspetiva é corroborada por outros estudos, os quais indicam que os modelos teóricos propostos por Afaf Meleis e Dorothea Orem são amplamente utilizados como base de referência na prática de Enfermagem de Reabilitação, por integrarem de forma coerente as conceções de pessoa, ambiente, enfermagem e saúde. (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018).

Devido à constante evolução científico-tecnológica paralela com o aumento da idade média de vida, observa-se também um aumento de pessoas com dependência no autocuidado. Isto traduz-se num crescimento de necessidade de cuidados prestados por ER (Silva et al., 2019).

Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

A teoria de Dorothea Orem, centrada no conceito de autocuidado, de grande relevância para a Enfermagem, especialmente no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, tem proporcionado

um contributo significativo para a elaboração do processo de enfermagem. Foi uma referência essencial para a prática desenvolvida durante os estágios (Ribeiro et al., 2021).

Classificada como grande teoria apresenta uma perspetiva de conceitos relativamente abstratos. Categorizada no paradigma da integração, contribui para a diferenciação da disciplina de enfermagem da medicina, apresenta como objetivo a manutenção da saúde da pessoa como ser holístico em todas as dimensões biológica, social, psicológica, espiritual e cultural (Queirós, 2024a; Rocha & Martins, 2024).

No paradigma da integração, a Teoria de Dorothea Orem está inserida na escola das necessidades com contributo significativo para a assessoria dos enfermeiros na promoção do autocuidado. Esta teoria visa a superação dos défices de autocuidado identificados e enfatiza a relevância da intervenção do enfermeiro no empoderamento para a autonomia e na capacitação da pessoa para o autocuidado e autogestão (Queirós, 2024a; Pereira, Sousa & Severino, 2025).

Orem estabeleceu o conceito de enfermagem “Autocuidado” (AC), quando a pessoa é capaz de cuidar de si mesma. Quando se encontra impossibilitada de assegurar o autocuidado, então o enfermeiro providencia a assistência necessária. No desenvolvimento deste conceito, incrementou uma Teoria Geral de Enfermagem, a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), fundamentada em três teorias interligadas: A Teoria do Autocuidado; A Teoria do Défice de Autocuidado e A Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Petronilho & Machado 2023; Queirós, 2024a).

Para compreender a teoria do autocuidado é importante entender os conceitos de autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado. Autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde o bem-estar. Quando executado de forma consciente e intencional para superar défices de autocuidado, é designado como autocuidado terapêutico, e contribui para a integridade estrutural e para o desenvolvimento humano (Petronilho & Machado 2023; Queirós, 2024a). O autocuidado demonstra ser um fator de relevante importância na construção do PE de reabilitação, segundo esta teoria as atividades realizadas pela pessoa proporcionam saúde e bem-estar (Ribeiro et al., 2021).

Ação de autocuidado é a capacidade de se envolver ativamente cuidando de si mesmo. Esta capacidade é condicionada por fatores como a idade, o sexo, a etapa de desenvolvimento, a condição de saúde, aspetos sociais e culturais, fatores do sistema de atendimento de saúde, condição familiar, hábitos de vida, fatores ambientais e disponibilidade de recursos. A demanda terapêutica de autocuidado envolve a totalidade de atividades serem desempenhadas com rigor (Petronilho & Machado 2023; Pereira, Sousa e Severino, 2024).

Anexados à teoria do autocuidado encontram-se os requisitos do autocuidado. Orem (1991) apresenta três categorias de requisitos de autocuidado: universal, desenvolvimento e desvio de saúde (Petronilho & Machado, 2023).

Os requisitos universais de autocuidado estão relacionados aos processos de vida e à preservação da integridade da estrutura e do funcionamento do ser humano. São fatores inter-relacionados que estão presentes em todas as pessoas ao longo de todo o ciclo de vida. Dorothea Orem distinguiu como requisitos universais de autocuidado: o consumo de ar, de água e alimentos, eliminação de dejetos, preservar equilíbrio entre atividade e repouso, assim

como entre a solidão e interação social, precaução quanto a potenciais malefícios à vida ou ao bem-estar da pessoa e incentivo à integração e evolução da pessoa nos contextos sociais (Petronilho & Machado, 2023).

Os requisitos de desenvolvimento englobam processos de adaptação quer a particularidades dos requisitos universais, novos requisitos ou modificações (Petronilho & Machado, 2023).

No contexto de desvio de saúde, os requisitos surgem em situações de patologia ou incapacidade, pode manifestar-se a necessidade de intervenção no processo de aprendizagem e adaptação a uma nova condição. Este processo envolve a implementação de medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação (Petronilho & Machado, 2023).

O conceito de enfermagem “autocuidado” define que a pessoa é capaz de cuidar de si mesma. Na Teoria do Déficit de Autocuidado, esta capacidade encontra-se comprometida e verifica-se a necessidade de assistência de cuidados de enfermagem para o autocuidado (Petronilho & Machado, 2023; Pereira et al., 2025).

Dorothea Orem descreveu o autocuidado como uma necessidade essencial para o ser humano e a enfermagem uma prática dedicada ao cuidado das pessoas. Deste modo, ressaltou a importância da enfermagem como resposta às necessidades constantes da pessoa, quer para manter a vida, a saúde e o bem-estar ou para recuperar de doenças ou incapacidades (Petronilho & Machado, 2023; Sousa & Severino, 2025).

A sua obra distingue três tipos de sistemas de Enfermagem: sistema totalmente compensatório, no qual a enfermeira realiza na totalidade os cuidados pela pessoa (fazer pela

pessoa); sistema parcialmente compensatório, em que a enfermeira auxilia a pessoa a realizar os cuidados por si mesmo (ajudar o doente a fazer por si próprio) e sistema de apoio-educação, no qual a enfermeira orienta e ensina a pessoa a cuidar de si (ensinar a pessoa a fazer por si) (Petronilho & Machado, 2023).

Embora a avaliação da capacidade da pessoa para desempenhar o autocuidado seja uma intervenção comum a todos os enfermeiros, a sua importância torna-se relevante para a prática de enfermagem de reabilitação, alicerçando a atuação do EEER no cuidar, capacitar e maximizar de acordo com as competências específicas (Teixeira et al., 2023).

A teoria de Orem continua, atualmente, a fundamentar o pensamento teórico para a prática de ER. Segundo esta visão, o EEER substitui a pessoa quando esta não é capaz de realizar o autocuidado, elucida com conhecimento, ensina e treina a pessoa para que alcance autonomia e independência para a realização do autocuidado (Teixeira et al., 2023).

Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria de Afaf Meleis relata o modo como a pessoa reage perante processos de transformação ou modificação ao longo da sua vida (Meleis, 2010). A temática abordada no presente relatório justifica a adoção do referencial teórico de Afaf Meleis, dado o seu contributo relevante para a compreensão e orientação da intervenção do EEER junto da pessoa com Acidente Vascular Cerebral, no sentido da promoção da independência funcional.

Com o desenvolvimento desta teoria, emerge o conceito de “transição”, definido por Afaf Meleis como o processo de passagem ou alteração de um estado, condição ou fase da vida

para outro. Neste enquadramento, a transição é compreendida como um processo experiencial e relacional, em que se destaca a interação entre o enfermeiro e a pessoa, valorizando-se a singularidade da experiência vivida por quem enfrenta esse processo (Meleis, 2010; Pereira et al., 2025).

Inserida no paradigma da transformação, a Teoria das Transições valoriza a pessoa como agente ativo e parceira no processo de tomada de decisão em questões relacionadas à saúde. Este paradigma que integra duas escolas de pensamento, a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar, transmite a visão do ser humano como ser holístico e também, como ser autónomo, com capacidade de decisão, com interesse na especificidade da disciplina de enfermagem (Queirós, 2024b).

Classificada como teoria de médio alcance, fundamentada em ideias de um fenómeno específico, engloba conceitos limitados, concretamente descritos e relacionados à prática e à investigação (Rocha & Martins, 2024).

A terapêutica de enfermagem, como objetivo, pretende a identificação e intervenção nas possíveis dificuldades vividas pela pessoa ao longo do processo de transição (Ribeiro et al., 2021).

A transição é compreendida como um processo de adaptação múltiplo e complexo, isto porque a pessoa pode vivenciar mais do que um processo em simultâneo (Meleis, 2010; Ribeiro et al., 2021). De acordo com esta teoria, a quebra de expectativas ou referências previamente estruturadas revela-se um importante marco que influencia os conceitos de bem-estar e satisfação (Silva et al., 2019).

Meleis et al (2000) estruturaram a existência de três componentes: natureza das transições, condições para a transição e padrões de resposta (Silva et al., 2019).

Dependendo da sua natureza, as transições podem ser classificadas em diferentes tipos: saúde/doença (quando se verifica alteração de um estado saudável para um estado de doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde); desenvolvimento (associadas a mudanças vivenciadas com o decorrer da idade, ao longo das diferentes etapas de vida); situacionais (relacionadas com mudança de funções anteriormente exercidas); organizacional (alterações ambientais ou na funcionalidade da organização) (Silva et al., 2019; Ribeiro et al., 2021).

A transição pode apresentar diversos padrões: simples (a pessoa vivencia uma única transição) ou múltipla; sequenciais (decorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. Porém, existem propriedades que interferem diretamente ou indiretamente com o processo de transição, nomeadamente: a consciencialização, o empenho, a mudança e diferença, o espaço temporal e os eventos e pontos críticos (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019).

Ao elaborar o plano de cuidados, o EEER cuida da pessoa ao longo do ciclo de vida, atua na prevenção de complicações e promove a reeducação e readaptação funcional, para proporcionar a satisfação da pessoa e a maximização da sua funcionalidade. Pelas suas competências, o enfermeiro especialista detém grande relevância no acompanhamento de pessoas vivenciam um processo de transição. O processo de transição envolve modificações, sendo que, o EEER oferece conhecimento e ferramentas à pessoa, família ou cuidador, para que adquiram competências facilitadoras à recuperação da independência e autonomia (Silva et al., 2019).

A consciencialização da pessoa acerca das alterações que está a vivenciar é percebida quando esta se confronta com dificuldade para realizar atividades de autocuidado. Sendo a consciencialização uma componente fundamental no decorrer do processo de transição, é essencial a intervenção precoce do EEER caso se verifique o seu comprometimento. Assim, o EEER deve dedicar atenção especial à forma como a pessoa, a família ou cuidador se posicionam perante a nova condição de saúde (física, mental, social, económica), assim como às suas expetativas (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019).

Acrescem os condicionantes de transição, que podem ser pessoais, comunitárias ou sociais, podendo cada uma destas agir como facilitadoras ou inibidoras.

Entre as condições pessoais, encontram-se o significado e o valor atribuídos à mudança e ao seu contexto. A reação da pessoa também é influenciada pelo nível de conhecimento, expetativas e habilidades adquiridas relativas à mudança que está a vivenciar. De forma que a pessoa consiga atingir uma transição saudável, alterar comportamentos e adquirir domínio de novas habilidades, é impreterível que o EEER conheça os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade (rede de apoio familiar e social, recursos disponíveis, representação social), estes podem agir como facilitadores ou inibidores. (Silva et al., 2019).

Uma transição saudável é percebida pelos padrões de resposta, obtidos através dos indicadores de processo e dos indicadores de resultado. São indicadores de processo: sentir-se ligado, o interagir, o sentir-se situado e o desenvolver confiança e coping (Silva et al., 2019).

Meleis et al (2010) referem que a intervenção dos enfermeiros é fundamental em todas as etapas do processo de transição, desde a preparação da pessoa, da família ou cuidador para a

mudança. Ao atingir uma transição saudável, contempla-se mestria nos comportamentos e sentimentos referentes à nova identidade, adquirindo competências para lidar com as novas condições. (Ribeiro et al., 2021; Silva et al., 2019).

Empoderamento, Capacitação, Autonomia e Independência

A adoção de estilos saudáveis de forma organizada e intencional ao longo de todo o ciclo de vida potencia ganhos em saúde. Atualmente, o fácil acesso a estilos de vida pouco saudáveis pode resultar em implicações negativas na saúde individual ou da comunidade. Inadequados níveis de literacia em saúde podem ser relacionados com decisões desadequadas e acarretar implicações na gestão de recursos como também em ganhos em saúde. A elaboração do Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC, 2023-2030), tem intenção de maximizar o nível de literacia da população portuguesa e desenvolver ecossistemas que promovam comportamentos saudáveis, que incentivem hábitos saudáveis, bem-estar e qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde, 2023).

A literacia em saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste na capacidade da pessoa adquirir, perceber, avaliar e implementar informações com o intuito de decidir assertivamente sobre o seu estado de saúde (DGS, 2019).

Aliadas a estas aptidões, no âmbito das ciências do comportamento, surge a motivação pessoal, oportunidade e capacidade, fatores essenciais para a tomada de decisão consciente e informada sobre cuidados de saúde. O EEER tem uma intervenção preponderante na promoção de literacia à pessoa, para assegurar uma tomada de decisão informada e adequada. Pretende-se que promova estilos de vida saudáveis, incentive o conhecimento, providencie informação credível, acessível e assegure uma compreensão adequada, com o

objetivo de capacitar a pessoa para a tomada de decisão. Como finalidade, pretende-se melhorar a qualidade de vida, o bem-estar e assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde (PNLSCC, 2023).

Segundo um estudo de um inquérito realizado no âmbito do consórcio europeu WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), decorrido entre 2020-2021, verificou-se que os níveis de literacia em saúde inadequados foram superiores em faixas etárias mais elevadas associados a menores níveis de escolaridade. Os resultados também demonstram mais compreensão quanto à promoção de saúde e menor conhecimento sobre prevenção da doença e cuidados de saúde. Ainda é importante referir que os níveis de compreensão da informação são superiores em relação às restantes áreas de acesso, implementação e avaliação (PNLSCC, 2023).

A literacia em saúde é condicionada por elementos individuais como idade, sexo, estatuto socioeconómico, grau de escolaridade e profissão e ainda por fatores envolventes, culturais, sociais e acesso ao sistema de saúde. Considera-se relevante a intervenção do EEER com a pessoa, assegurando acessibilidade e qualidade à informação de saúde, comunicação adequada, avaliar os processos implementados e os resultados obtidos (PNLSCC, 2023).

No âmbito da educação para a saúde, destacam-se as práticas educativas como promotoras da capacidade de escolha, possibilitam à pessoa um papel ativo na tomada de decisão e no planeamento de ações destinadas à melhoria do seu estado de saúde (Sousa et al., 2020). Critérios como pouca diferenciação na educação ou o analfabetismo estão relacionados com maior risco de incapacidade e morte. A educação associada a oportunidades de aprendizagem ao longo da vida, pode ajudar a pessoa a gerar confiança e competências de adaptação para que esta adquira a sua máxima independência (WHO, 2002).

Frequentemente os conceitos de independência e autonomia são traduzidos como sinónimos, mas embora possam estar relacionados não apresentam o mesmo significado. Na área da saúde o termo independência é regularmente verificado quando se pretende promover autonomia e vice-versa (Lima et al., 2022).

Independência é definida como a capacidade da pessoa para exercer atividades de vida diária, inserida na comunidade, sem necessidade de nenhum auxílio ou com o mínimo de intervenção por parte de terceiros. Este conceito engloba, portanto, a capacidade funcional para a execução das tarefas no quotidiano. Outros autores definem independência também como autocuidado, integrando neste domínio a aptidão para desempenhar cuidados especiais, tais como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o sanitário, posicionar-se e transferir-se (WHO, 2002; Lima et al., 2022).

Autonomia é descrita como a capacidade da pessoa para escolher e decidir sobre a sua vida, de encontro com a sua vontade e preferências, tendo em consideração os seus objetivos e expectativas (WHO, 2002). A pessoa autónoma decide segundo as suas preferências e o seu projeto de vida pessoal, com a possibilidade de alterar a sua vontade após uma análise racional (Nunes, 2024).

Estabelecido como um princípio ético, o respeito pela autonomia é um alicerce fundamental em cuidados em saúde, suportando teorias como a teoria do consentimento livre e esclarecido e objeção de consciência (Nunes, 2024).

A autonomia é alicerçada pela consciencialização de conhecimento e respeito pelas decisões da pessoa. Existe uma correlação positiva entre a autonomia e a qualidade de vida. Para o

EEER a intervenção precoce junto da pessoa e da sua família constitui um desafio, orientado para a promoção da independência e respeito pela autonomia (Petronilho et al., 2021).

O EEER possui competências que lhe permite autonomia na sua prática para agir com responsabilidade mesmo em situações complexas. A tomada de decisão envolve domínio de conhecimentos, análise intencional, planeamentos e avaliação de determinada situação. A tomada de decisão do EEER baseia-se nas necessidades e vontades referidas pela pessoa (Nunes, 2024).

O plano de cuidados é concebido de acordo com as necessidades identificadas pelo EEER, com objetivo de promover a saúde, tendo em atenção as preferências da pessoa. Considerar a autonomia como um direito norteador na elaboração de um plano de enfermagem permite desenvolver uma relação de confiança entre a pessoa e o EEER (Samartini & Cândido, 2021).

Quando existe prejuízo da autonomia da pessoa verifica-se impacto negativo nos contextos emocional, físico e psicológico. A promoção da autonomia aumenta o conhecimento sobre a própria pessoa, permite-lhe participar no seu plano de cuidados, e envolver-se ativamente nas decisões relativas à sua saúde (Samartini & Cândido, 2021).

Segundo o estudo realizado sobre a diferença na perceção entre EEER e restantes especialidades na promoção da autonomia em idosos, verificam-se diferenças consideráveis. De acordo com os resultados, os EEER consideram promover mais autonomia aos idosos que os restantes enfermeiros especialistas, principalmente em fatores relacionados com desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas (Lima et al., 2021).

A literacia em saúde constitui um instrumento fundamental para a construção do conhecimento e o empoderamento da pessoa, promove a sua autonomia e facilita o processo de tomada de decisão consciente e informada (Sousa et al., 2020).

A noção de empoderamento depreende um processo de emancipação da pessoa, com vista à promoção de autonomia, responsabilização e alcance de medidas terapêuticas alternativas, não obstante à disponibilidade de recursos. Empoderamento é um conceito multifacetado, dinâmico que abrange fatores cognitivos, afetivos e decisivos, nas diversas dimensões, social, cultural, histórica e económica a nível individual ou organizacional (Vale et al., 2018; Sousa et al., 2020).

No enquadramento da saúde, a capacitação surge como um processo multidimensional que engloba conhecimento, deliberação e atuação. A capacitação é motivada por valores e expectativas individuais que pode ser influenciada por fatores sociais, culturais ou religiosos (Reis & Bule, 2023; Sousa et al., 2020).

No contexto da saúde, a área da educação deve ser entendida como um processo no qual o conhecimento é estruturado e aprendidas e desenvolvidas habilidades individuais e sociais, não limitando a pessoa apenas a reproduzir ações adquiridas (Sousa et al., 2020).

Percebe-se então que os conceitos estão interligados, o empoderamento favorece a aquisição de conhecimento adequado, que possibilita a emancipação da pessoa e promove a autonomia, essencial para a tomada de decisão informada (Sousa et al., 2020).

Ao longo de todo o ciclo de vida, a pessoa vivencia processos de transição. Compete ao EEER compreender os processos de transição, que podem ser um ou mais em simultâneo, e desenvolver planos terapêuticos que permitam alcançar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida (Sousa et al., 2020).

No desenvolvimento do processo de capacitação da pessoa com deficiência ou limitação da atividade, o EEER elabora o seu plano de intervenção objetivando os focos de atenção: “conhecimento” e “aprendizagem de capacidades”. Com o objetivo de empoderar a pessoa e promover a sua autonomia, implementa intervenções específicas que visam, inicialmente, a aquisição de conhecimento e, subseqüentemente, o desenvolvimento de capacidades, para atingir a máxima independência funcional para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida (Sousa et al., 2020).

A Pessoa sujeita a Acidente Vascular Cerebral

O estágio profissionalizante foi concretizado num serviço de Medicina Interna e CRI Coluna que proporcionou aprendizagens e experiências em variadas patologias e permitiu desenvolver competências em diferentes áreas de ER.

Acompanhar pessoas com necessidade da intervenção do EEER após estarem sujeitas a um Acidente Vascular Cerebral (AVC) tornou-se um desafio que me impeliu a pesquisar e aprimorar conhecimentos específicos nesta área.

O AVC afeta o cérebro, provoca inúmeras vezes alterações súbitas à pessoa e, apresenta-se como a principal causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal (SNS, 2021; DGS,

2011). Em 2022 as doenças cerebrovasculares (AVC) estiveram na origem do maior número de mortes em 2022, com 9 616 óbitos de residentes por AVC, que representaram 7,7% do total de óbitos de residentes. A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares foi de 92,1 mortes de residentes por 100 mil habitantes, mais elevada do que em 2021 (INE, 2024).

Conhecida a elevada prevalência dos fatores de risco em Portugal, é recomendada a prevenção ou alteração dos mesmos, com o objetivo promover a saúde e melhorar a qualidade de vida. Os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis como a hipertensão, a Diabetes Mellitus, a dislipidémia, as doenças cardiovasculares, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de estupefacientes, a obesidade e o sedentarismo, ou em não modificáveis, tais como a idade, o sexo, a raça, antecedentes familiares, entre outros (Murphy & Werring, 2020; Braga, 2025). Em paralelo com o aumento de fatores de risco presentes, maior a predisposição de ocorrência de AVC. É crucial uma precoce identificação e intervenção nestes aspetos, promovendo hábitos de vida saudáveis, evitando acontecimentos e complicações (Menoita et al., 2012).

O AVC é uma patologia clínica com início súbito, apresentando alterações focais ou globais, manifestando-se através de défices neurológicos ou motores. Pode ser classificado em isquémico ou hemorrágico, dependendo da sua etiologia. No AVC isquémico existe uma obstrução vascular originando uma isquemia, enquanto no AVC hemorrágico ocorre uma hemorragia no tecido cerebral (Mateus et al., 2017; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025).

Dentro do AVC de causa isquémica, diferenciam-se os episódios trombóticos e os embólicos. Seja devido a um trombo ou a um êmbolo, o AVC isquémico implica a obstrução de um vaso sanguíneo condicionando o aporte de sangue às células cerebrais (SPAVC, 2023; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025).

Um evento trombótico ocorre com o aparecimento de um trombo (coágulo) no interior de uma das artérias cerebrais, bloqueando o fluxo de sangue. Pode existir comprometimento de artérias de grande ou pequeno calibre. Num acidente vascular cerebral embólico, um coágulo de sangue migra através da corrente sanguínea até ao cérebro, bloqueando uma artéria cerebral. Frequentemente, esse êmbolo tem origem no coração (SPAVC, 2023, Portugal Angels Nurse Task Force, 2025).

No AVC hemorrágico ocorre uma hemorragia intracraniana ou, em casos mais raros, uma hemorragia subaracnoideia, que resulta na irrigação insuficiente das células cerebrais, ou a comprimir as estruturas nervosas adjacentes causada pelo derrame (SPAVC, 2023, Portugal Angels Nurse Task Force, 2025).

Para realizar o diagnóstico clínico recorre-se a exames complementares de diagnóstico que, no caso de suspeita de AVC, os mais frequentes são: a Tomografia Computorizada (TC), Ressonância magnética (RM) crânio-encefálica, Avaliação laboratorial, Angiografia Cerebral, Punção Lombar e Eletroencefalografia, Ultra-som doppler das artérias carótidas e vertebrais, eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma com doppler transtorácico e transesofágico (Menoita et al., 2012; DGS, 2017).

O AVC, definido como uma emergência médica com tempo de atuação de relevante importância, requer a necessidade de estratégias para uma rápida deteção e o correto encaminhamento para o tratamento adequado. Evita assim, protelar condicionantes de atraso no acesso da pessoa com suspeita de AVC. Perante esta necessidade, surgiu o circuito designado por via verde (VV) do AVC, que desencadeou procedimentos com objetivo de proporcionar transporte emergente e tratamento adequado, com o menor intervalo de tempo possível (DGS, 2017).

A pessoa sujeita a episódio agudo de AVC tem indicação para internamento, preferencialmente em unidades especializadas. O tratamento inclui:

- Vigilância dos parâmetros fisiológicos, é essencial monitorizar a pressão arterial e corrigir alterações nestes parâmetros, tais como hipoxia, hipo ou hipertermia, para evitar o aumento da lesão;
- Trombólise, administrada por via endovenosa com rtPA (recombinant tissue-type plasminogen activator), é um tratamento de reperfusão eficaz, mas com indicação de administração apenas nas primeiras 4 horas após instalado o quadro clínico e com necessidade de TC prévia;
- Terapêutica antitrombótica se não existe indicação para trombólise (ácido acetilsalicílico);
- No AVC Hemorrágico pondera-se a intervenção cirúrgica (Menoita et al., 2012; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025).

As alterações causadas pelo AVC apresentam diversas implicações na vida da pessoa, dependem da área afetada, da gravidade da lesão e do estado de saúde. Podem manifestar-se como incapacidades ou deficiências a nível da função motora, sensorial, percetiva, de alimentação, de eliminação ou alterações do comportamento. Após o AVC algumas funções podem sofrer alterações, com repercussões significativas na funcionalidade da pessoa, que se refletem no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária, assim como na sua participação social (Relhas et al., 2018).

Reabilitar a pessoa com AVC

A reabilitação é um processo dinâmico que requer uma atividade regular, metódica e sequencial, que engloba a intervenção da pessoa, profissionais de saúde, e família ou cuidadores. Permite restituir capacidades afetadas nas diferentes dimensões, físicas, psicológicas e sociais, com a finalidade de possibilitar a reintegração da pessoa na sociedade com qualidade, aumentar a sua autoestima e independência funcional (CSBP, 2025; Santos, 2023).

A intervenção de enfermagem de reabilitação torna-se necessária, principalmente, nos processos de transição de desenvolvimento ao longo de todo o ciclo de vida, com ênfase nas transições saúde-doença, onde ocorrem mudanças súbitas ou progressivas de um estado para o outro (Santos, 2023).

O impacto das incapacidades resultantes do AVC representa uma preocupação significativa para os sistemas de saúde (OMS, 2023), uma vez que pode comprometer a realização das atividades da vida diária e limitar a participação ativa na sociedade, dependendo das funções neurológicas afetadas. Na fase imediata ao AVC os cuidados devem centrar-se na vigilância e prevenção de complicações, com o início do processo de reabilitação quando se verifica estabilidade na pessoa e conhecimento sobre as consequências da patologia, com o objetivo de promover o regresso à sociedade (Marques-Vieira et al., 2023).

A idade, o estado civil, o compromisso neurológico, nível socioeconómico, a duração do internamento, existência de dor e continuidade do programa de reabilitação após alta hospitalar são fatores com implicação na qualidade de vida da pessoa sujeita a AVC (Marques-Vieira et al., 2023).

O EEER detém uma atuação preponderante na reabilitação da pessoa sujeita a AVC. Em consonância com as suas competências específicas de ER, intervém com a pessoa, com o objetivo de promover a sua capacitação para a autonomia e independência funcional, bem como maximizar as suas capacidades ao longo de todo o ciclo de vida (OE, 2019).

As modificações na independência funcional vividas pela pessoa ao longo dos processos de transição saúde-doença exigem que os profissionais de saúde, em particular os EEER, sejam capazes de identificar e interpretar os ganhos e perdas decorrentes desses processos, mediante uma avaliação criteriosa. Para tal, é imprescindível que estejam devidamente familiarizados com os instrumentos de avaliação disponíveis, bem como com as respetivas características, limitações e aplicabilidade clínica (Lima et al., 2022).

Após a fase aguda do AVC, uma vez estabilizada a condição clínica, a pessoa começa a tomar consciência das suas limitações, dando início, assim, ao processo de transição. Neste contexto, a intervenção do EEER é fundamental na colaboração para a adaptação da pessoa, da família ou cuidador à nova situação (Marques-Vieira et al., 2023).

A atuação do EEER tem início numa avaliação pormenorizada, que possibilite definir diagnósticos e estabelecer programas de enfermagem de reabilitação adequados. A avaliação deve incluir testes válidos, rigorosos e fiáveis, tornando a tomada de decisão fundamentada (Marques-Vieira et al., 2023). Um estudo desenvolvido por Lima et al. (2022) teve como objetivo avaliar a evidência disponível e identificar os instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde na avaliação da independência da pessoa. Verifica-se um aumento progressivo na utilização de escalas padronizadas, bem como no desenvolvimento de novas ferramentas de avaliação, as quais permitem aos profissionais direcionar de forma mais precisa as necessidades de cuidados e monitorizar os ganhos em saúde. Este avanço permite

reforçar a relevância da implementação de terapias e programas de intervenção adequados, sustentados por dados objetivos e sistematizados.

Os instrumentos de avaliação utilizados na prática clínica constituem ferramentas fundamentais para a identificação de problemas reais ou potenciais da pessoa cuidada. A sua correta aplicação é imprescindível, na medida em que permite uma definição sistematizada dos problemas em saúde e possibilita a prescrição de intervenções de enfermagem adequadas e eficazes. Apenas com um conhecimento aprofundado destas ferramentas o profissional de saúde será capaz de refletir criticamente sobre a sua prática, avaliando-a de forma contínua, com vista à manutenção ou à melhoria do seu desempenho. A evidência científica tem vindo a demonstrar uma correlação significativa entre a qualidade dos cuidados prestados e a utilização de instrumentos capazes de mensurar os ganhos em saúde. Nesse sentido, os instrumentos de avaliação são considerados elementos indispensáveis à prática clínica, uma vez que permitem não só conhecer o estado de saúde da pessoa, em articulação com a avaliação clínica, mas também orientar os cuidados em função das necessidades identificadas. Sendo a independência reconhecida como um fator determinante da qualidade de vida, cabe aos EEER promover intervenções que favoreçam a obtenção de ganhos em saúde (Lima et al., 2022).

A recolha de dados constitui a primeira etapa do Processo de Enfermagem, é referida na literatura como "avaliação" (Sampaio, 2024). Esta deve ser abrangente, sistemática, e integrar informações provenientes do processo clínico, de exames complementares de diagnóstico, bem como da observação direta e da entrevista à pessoa e respetiva família ou cuidador. O objetivo é reunir dados relevantes sobre fatores de risco, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida anteriores ao evento, condições habitacionais, entre outros elementos determinantes para a definição do plano de cuidados (Menoita et al., 2012; Petronilho, 2024).

A eficácia da avaliação está vinculada ao conhecimento e competência do enfermeiro, é única e preferível, quando realizada por peritos, pois permite a identificação de problemas que podem não ser detetados por profissionais que não são treinados para a avaliação meticulosa e perspicaz (Sampaio, 2024; Menoita et al., 2012).

Preservada a individualização da prestação dos cuidados, é essencial a avaliação do estado clínico da pessoa. Uma correta neuro-avaliação das alterações ou potenciais alterações é fundamental para o processo de reabilitação bem-sucedido (Menoita et al., 2012; Araújo et al., 2021).

Conforme Menoita et al. (2012), incluído o exame neurológico na observação e anamnese da pessoa com AVC, este deve ser realizado num ambiente sereno e realizado com a presença de um familiar ou cuidador que facilite a recolha de informações quando necessário. O exame neurológico deve integrar:

- Avaliação do estado mental (estado de consciência, estado de orientação, atenção, memória, capacidades práticas, negligência hemiespacial unilateral, linguagem);
- Avaliação dos pares cranianos;
- Avaliação da motricidade (força muscular, tônus muscular e coordenação motora);
- Avaliação da sensibilidade;

- Avaliação do equilíbrio e da marcha.

O AVC constitui a principal causa de incapacidade adquirida na idade adulta, originando, na maioria dos casos, múltiplas sequelas de natureza física, cognitiva e social, com particular impacto na funcionalidade da pessoa. Esta condição caracteriza-se frequentemente por uma perda total ou parcial da função motora de um dos lados do corpo, com compromisso significativo a nível da marcha, do equilíbrio e, consequentemente, na capacidade para realizar as AVD (Relhas et al., 2018).

Entre as limitações decorrentes, a impossibilidade ou dificuldade em realizar a marcha é referida como uma das mais incapacitantes e emocionalmente exaustiva no período pós-AVC. A instabilidade da marcha, as alterações posturais e os distúrbios neuromusculares resultantes do AVC, constituem fatores frequentemente associados à ocorrência de quedas. Neste contexto, os instrumentos de avaliação assumem um papel fundamental, não apenas na definição de objetivos terapêuticos, mas também na documentação das necessidades identificadas e monitorização das intervenções implementadas (Horta et al., 2020).

Na pessoa com AVC, torna-se particularmente relevante uma adequada avaliação do controle postural e do risco de quedas. De acordo com um estudo realizado por Faísca et al. (2018), que teve como objetivo analisar as propriedades métricas do Timed Up and Go Test em pessoas após AVC, residentes na comunidade, este instrumento destaca-se como uma das ferramentas de avaliação da mobilidade mais utilizadas, tanto a nível nacional como internacional. Pela sua abrangência relativamente às atividades básicas da vida diária, bem como pela sua aplicação simples e rápida, o TUG tem-se revelado um recurso de elevada utilidade clínica. Neste sentido, recomenda-se que os profissionais de saúde envolvidos na sua aplicação recebam formação adequada, de forma a assegurar a fiabilidade e a validade dos resultados obtidos.

Em síntese, os resultados demonstram que este instrumento é confiável e reprodutível na avaliação da mobilidade funcional. Além disso, apresenta validade e é sensível a mudanças a curto prazo após AVC, recomendado como ferramenta preditiva do risco de queda. Segundo o estudo, as pessoas com AVC apresentam um desempenho inferior neste teste, com tempos mais longos e evidenciam maior de quedas. Os autores salientam, contudo, a escassez de investigações centradas nas propriedades métricas do TUG, como tal, recomendam o desenvolvimento de estudos adicionais. Ainda assim, concluem que o TUG é um instrumento válido, fiável tanto intra como inter-observador, embora com algumas limitações no que respeita à sua responsividade (Faísca et al., 2018).

A intervenção precoce do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em colaboração com a equipa multidisciplinar, é determinante na reabilitação da pessoa com AVC, ao potenciar a capacidade funcional, a autonomia nas atividades de vida diária e a preparação para a alta. A sua atuação junto da pessoa, família ou cuidador é igualmente crucial na facilitação dos processos de transição e adaptação à nova realidade (Marques-Vieira et al., 2023).

Estima-se que mais de metade das pessoas afetadas não deambula de forma independente na fase aguda do AVC. Neste contexto, a recuperação da marcha emerge como um dos principais objetivos do processo de reabilitação, fundamental para a promoção da independência funcional e para a melhoria da qualidade de vida. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel central no processo de adaptação da pessoa à sua nova condição de vida, intervindo de forma sistemática na implementação de estratégias e intervenções que minimizem o impacto da incapacidade. Através das suas competências técnicas, relacionais e educativas, o EEER contribui ativamente para a capacitação da pessoa e

da sua família, promove a independência e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida (Faísca et al., 2018).

Os Focos de Enfermagem mais relevantes

A reabilitação deve ser iniciada com a maior brevidade possível, preferencialmente após as 48 a 72 horas após o AVC, logo que identificadas as lesões (Menoita et al., 2012; Marques-Vieira et al., 2023). A intervenção por parte dos EEER, tanto ao nível da mobilização no leito como no levante precoce, revela-se essencial na prevenção de complicações, quedas, isolamento social e dependência funcional. A continuidade e precoce intervenção dos EEER são determinantes para a recuperação da funcionalidade, o restabelecimento da independência e a reintegração da pessoa na sociedade enquanto cidadão ativo e participativo (Afonso et al., 2025).

A atuação do EEER na pessoa com AVC abrange inúmeras áreas de intervenção fundamentais para a recuperação funcional. Relacionados com a temática abordada neste relatório, os focos de ER mais desenvolvidos durante o estágio incidiram sobre: movimento muscular, transferir-se, equilíbrio, andar, andar com auxiliar de marcha, autocuidado: higiene, sanitário e vestuário. Neste âmbito, um estudo conduzido por Afonso et al. (2025) teve como objetivo descrever os benefícios da implementação de um plano de enfermagem de reabilitação direcionado a uma pessoa com sequelas de AVC. O plano de ER incluiu intervenções com exercícios de fortalecimento muscular, treino do equilíbrio, estímulo da sensibilidade, treino de transferências e promoção do autocuidado, especificamente nas áreas da alimentação e do vestuário. Os resultados do estudo, em concordância com os resultados obtidos durante a implementação de planos de cuidados de ER no decorrer do estágio, evidenciam que a intervenção do EEER proporcionou ganhos significativos, nomeadamente ao nível da força muscular e do equilíbrio, além de ter contribuído para a melhoria do desempenho nas

atividades básicas de vida diária, maior funcionalidade e independência da pessoa com sequelas de AVC (Afonso et al., 2025).

Os programas de ER têm contribuído de forma significativa para a melhoria da independência funcional, com evidência de progressos na realização dos autocuidados, na mobilidade e na locomoção, resultando, conseqüentemente, numa melhor qualidade de vida. A pessoa com AVC beneficia consideravelmente da implementação precoce de cuidados de ER, especialmente quando desenvolvidos em articulação com a família e com uma equipa interdisciplinar (Marques-Vieira et al., 2023).

A avaliação da deglutição deve ser realizada inicialmente através de testes de rastreio e complementada, sempre que necessário, com métodos de avaliação mais objetivos, como a videofluoroscopia, com o intuito de prevenir complicações associadas, nomeadamente pneumonia por aspiração ou desnutrição (Marques-Vieira et al., 2023). Durante o estágio, foram realizadas avaliações da deglutição a pessoas após AVC, ou sempre que se identificava risco de alteração da mesma, utilizando a escala Gugging Swallowing Screen (GUSS). Com base nas necessidades identificadas, foram implementadas intervenções individualizadas e delineadas estratégias terapêuticas, como a adaptação da dieta com recurso a uso de espessante, o ensino de posicionamentos adequados durante a alimentação, bem como a realização de exercícios faciais específicos. Os resultados obtidos encontram-se em consonância com o estudo de Rosado et al. (2018), que analisou as propriedades métricas do instrumento EAT-10 na avaliação da deglutição em pessoas com AVC. Este estudo reforça que a utilização de instrumentos de avaliação validados permite ao EEER identificar precocemente alterações da deglutição, estabelecer um diagnóstico, intervir de forma eficaz e avaliar os resultados alcançados. Esta abordagem sistemática revela-se essencial na prevenção de

complicações, como a pneumonia por aspiração e a desnutrição, bem como na promoção da segurança e satisfação da pessoa (OE, 2018).

A mobilização precoce constitui um elemento essencial na promoção de melhorias significativas da capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária. A introdução de exercícios de fortalecimento muscular, aliada ao treino de autocuidado melhoram a funcionalidade e a força tanto dos membros superiores quanto dos inferiores. Paralelamente, o treino de vestuário, quando associado à utilização adequada de produtos de apoio, revela-se uma estratégia eficaz para compensar limitações motoras, resultando em avanços relevantes na independência funcional e na autoestima da pessoa em processo de reabilitação (Marques-Vieira et al., 2023).

A reeducação da função sensoriomotora e cognitiva da pessoa após AVC através de terapias complementares como musicoterapia, aromaterapia, eletroestimulação, terapia pelo uso do espelho, treino cardiovascular, telereabilitação, realidade virtual, entre outros, tem demonstrado impactos positivos significativos. Essas intervenções contribuem para a melhoria das funções cognitivas, da mobilidade, da coordenação motora e da capacidade para a marcha (Marques-Vieira et al., 2023).

Segundo a pesquisa conduzida por Silva et al. (2018) com o intuito de investigar as evidências disponíveis acerca da aplicação das bandas neuromusculares na reabilitação do pé em pessoas após AVC. Trata-se de uma revisão sistemática que incluiu a análise de quatro artigos, cujos resultados verificam que a utilização das bandas neuromusculares está associada a melhorias significativas no equilíbrio, no controlo motor do pé, na percepção sensorial, na amplitude de movimento do tornozelo e na capacidade de marcha.

Também o estudo realizado por Freitas et al. (2021) teve como objetivo identificar os benefícios decorrentes da intervenção do enfermeiro de reabilitação por meio da aplicação de um protocolo de terapia de espelho no membro superior parético da pessoa após AVC. Os resultados obtidos evidenciam que a terapia do espelho representa uma abordagem terapêutica eficaz na recuperação funcional do membro superior parético em pessoas no pós AVC. Foram verificados ganhos significativos na independência, na habilidade motora e na amplitude de movimento do membro afetado. De acordo com os dados obtidos, os autores concluem que a terapia do espelho pode representar uma intervenção complementar promissora no contexto dos programas de neuroreabilitação (Freitas et al., 2021). Ambos os estudos referem como limitação o reduzido número de estudos disponíveis sobre as temáticas, o que restringe a generalização dos resultados. Nesse sentido, sugerem a necessidade de um maior investimento em investigação nestas áreas, de forma a validar o conhecimento fundamentado em evidência científica (Silva et al., 2018; Freitas et al., 2021).

No domínio da ER, as intervenções realizadas pelo EEER no contexto do movimento corporal permitem recuperar o mecanismo corporal, estimular a sensibilidade propriocetiva, aperfeiçoar o reflexo postural e o equilíbrio, coibir a espasticidade, facilitar a mobilização no leito e habilitar a pessoa para adquirir a posição sentada e ortostática (Menoita et al., 2012; Araújo et al., 2021).

As limitações resultantes do AVC podem comprometer significativamente a mobilidade e a independência funcional da pessoa, tornando fundamental, para a intervenção do EEER, uma avaliação rigorosa do risco de queda. A revisão sistemática da literatura realizada por Horta et al. (2020), com o objetivo de identificar fatores de risco de queda em pessoas com AVC, aponta como os mais prevalentes: dificuldades na marcha, alterações do equilíbrio, idade igual ou

superior a 65 anos, declínio nas atividades básicas de vida diária, mobilidade reduzida, lesões no hemisfério direito, alterações cognitivas e diminuição da força nos membros inferiores.

A análise dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura realizada por Horta et al. (2020) evidenciou que alterações da marcha, como passada, velocidade, instabilidade, simetria e variabilidade do padrão da marcha constituem indicadores relevantes de risco de queda na pessoa com AVC. Adicionalmente, outros fatores como o aumento do tônus muscular podem contribuir para o agravamento da instabilidade postural e, consequentemente, aumentar o risco de quedas. Pessoas com alterações cognitivas tendem a subvalorizar as suas limitações funcionais, o que pode conduzi-las à realização de atividades para além das suas capacidades, colocando em risco a sua segurança e bem-estar. Além disso, os défices de atenção associados podem contribuir para a ocorrência de quedas durante a realização das atividades de vida diária. Alterações do equilíbrio, frequentemente observadas após o AVC, dificultam a estabilidade necessária para a execução segura das atividades diárias. De acordo com esta revisão sistemática, as alterações no equilíbrio são consideradas o fator de risco mais significativo. Além disso, as limitações motoras, sensitivas e visuais associadas ao AVC aumentam a vulnerabilidade da pessoa afetada, tornando-a mais suscetível à ocorrência de quedas e podem ter consequências significativas, como a necessidade de hospitalização, o prolongamento do processo de reabilitação, a redução da participação social ou, em casos mais graves, a morte.

O Enfermeiro EEER deve estar familiarizado com os fatores de risco de queda associados ao AVC e adotar estratégias de prevenção adequadas. A sua intervenção especializada contribui significativamente para capacitar a pessoa para realizar as suas atividades em segurança, com técnicas adequadas e possibilita uma intervenção eficaz na diminuição de riscos e prevenção de quedas. O fator de risco ambiente pode ser minimizado com a promoção de um ambiente

seguro, através de estratégias como visitas domiciliárias e ações de educação em saúde. A utilização de instrumentos de avaliação adequados permite ao EEER avaliar a funcionalidade da pessoa com AVC e identificar o risco de queda precocemente (Horta et al., 2020).

Após uma avaliação rigorosa, a implementação de um programa de mobilizações pretende preservar a integridade das estruturas articulares, conservar a amplitude e flexibilidade dos movimentos e minimizar o risco de aderências ou contraturas. Esta prática promove o retorno da circulação sanguínea e proporciona a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa. Para prevenir complicações associadas à imobilidade, a mobilização deve ser iniciada o mais precocemente possível. O programa de reabilitação tem início com mobilização passiva, com progressão gradual para mobilização ativa-assistida, seguida de ativa-resistida, conforme a evolução apresentada. Todas as articulações devem ser mobilizadas, de acordo com a amplitude de movimento normal, de forma lenta, controlada e suave, de modo a promover a funcionalidade e o conforto (Menoita et al., 2012; Araújo et al., 2021).

No contexto do AVC, uma das sequelas mais persistentes é a perda parcial ou total da força muscular no hemicorpo contralateral à lesão cerebral, sendo a hemiplegia uma das principais responsáveis pela limitação funcional. Na fase inicial, instala-se a fase de hipotonia, durante a qual o lado afetado apresenta flacidez e ausência de movimentos voluntários. À medida que ocorre recuperação motora, pode surgir um padrão de espasticidade. Esta é caracterizada por contrações musculares involuntárias, aumento do tônus, rigidez e descoordenação dos movimentos. A rapidez com que este quadro se instala está diretamente relacionada com a extensão e localização da lesão cerebral, bem como com a inexistência de um programa estruturado de reabilitação (Pinto et al., 2022).

Johnstone (1979), descreveu detalhadamente o padrão espástico, tornando-se uma referência internacional na reabilitação da pessoa após acidente AVC. Segundo a autora, no membro superior, a espasticidade manifesta-se por posturas típicas como retração, rotação interna e depressão do ombro, flexão do cotovelo, pronação do antebraço e flexão com adução dos dedos. No membro inferior, embora menos comum, pode ocorrer retração e extensão com rotação externa do quadril, extensão do joelho e tornozelo, acompanhadas de inversão e flexão plantar. Também é frequente a inclinação do tronco para o lado comprometido (Pinto et al., 2022). A espasticidade verifica-se em diversos músculos simultaneamente, com ênfase nos músculos de força dominante, os músculos anti-gravíticos, responsáveis pelo levantar e pelo suporte do corpo contra a gravidade (OMS, 2003; Araújo et al., 2021).

A instalação do padrão espástico provoca alterações motoras e de equilíbrio, gera limitações no autocuidado, dor, rigidez articular, contraturas e risco de úlceras de pressão, impactando negativamente a qualidade de vida. Esta condição não afeta apenas a pessoa com AVC, mas também a sua rede de apoio, aumentando a sobrecarga familiar e os custos associados aos cuidados de saúde. Adicionalmente, observa-se que pessoas com espasticidade tendem a ter hospitalizações mais prolongadas e recorrentes (Pinto et al., 2022).

A alteração do tônus manifesta-se de forma variável no hemicorpo afetado, particularmente, nos flexores do membro superior e extensores do membro inferior. Esta alteração postural característica denominada de atitude de Wernicke-Mann manifesta-se conforme o grau de espasticidade (Menoita et al., 2012). O cuidado à pessoa com AVC exige uma abordagem sistemática e coordenada por toda a equipa multidisciplinar, com destaque para a intervenção do EEER. Na fase aguda, a atuação centra-se na prevenção e identificação precoce de complicações, enquanto na fase pós-aguda o foco passa a ser o empoderamento para a capacitação para realizar o autocuidado, frequentemente limitada pela presença de

espasticidade. Entre as intervenções prioritárias para a sua prevenção, destaca-se o posicionamento em padrão anti-espástico, que deve ser iniciado precocemente. O padrão antiespástico deve ser seguido meticulosamente, quando a pessoa estiver deitada ou sentada, com o ombro em protração e rotação externa; o cotovelo em extensão; o antebraço em supinação; os dedos em extensão e abdução; o quadril em protração, flexão e rotação interna; o joelho e tornozelo em flexão e alongamento do tronco do lado afetado. Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel essencial não só na execução correta deste posicionamento, como também ensino, instrução e treino da pessoa e do cuidador para assegurar a continuidade ininterrupta do posicionamento adequado (Pinto et al., 2022).

Na fase inicial da recuperação do AVC, o correto posicionamento é essencial e deve tornar-se uma rotina tendo como objetivo assegurar conforto e bem-estar, prevenir lesões musculoesqueléticas, promover a integridade cutânea, alternar o campo visual e assimilar o esquema corporal. Embora não seja possível prevenir totalmente a espasticidade, a sua incidência e gravidade podem ser significativamente reduzidas através do posicionamento adequado e da mobilização precoce (Menoita et al., 2012; Araújo, et al., 2021).

De acordo com o estudo conduzido por Pinto et al. (2022), os resultados demonstram que, durante o internamento, o posicionamento adequado em padrão anti-espástico não é sistematicamente realizado. Esta constatação evidencia a necessidade de uma reavaliação da abordagem desta temática em contexto académico. Considerando as suas competências específicas, o EEER assume um papel ativo na sensibilização dos pares para a importância do posicionamento anti-espástico no processo de recuperação. Os autores sugerem, ainda, que a realização de novos estudos em diferentes contextos de prática clínica, complementados por investigação qualitativa, poderá contribuir para um maior esclarecimento do processo de tomada de decisão dos enfermeiros e para a identificação de lacunas existentes.

Um dos propósitos basilares da ER é a pessoa alcançar a máxima independência funcional no desempenho das AVD, que se torna uma área com particular interesse na preparação para a alta. Para a reeducação no treino do autocuidado das AVD são aconselhados padrões de movimentos associados aos realizados pela pessoa no seu quotidiano habitual, incentivar a manipulação do membro afetado nas atividades (como levantar, pentear e agarrar), evitando esforço associado (Araújo et al., 2021).

Para iniciar a preparação para a marcha é essencial que a pessoa apresente equilíbrio. O EEER dispõe de diversos exercícios para o treino de equilíbrio com a pessoa sentada e em pé e avalia, individualmente, a necessidade de ajudas técnicas para o treino de marcha, como por exemplo, andarilho, tripé, canadiana, entre outros (Araújo et al., 2021; Horta et al., 2020).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados são fundamentados em conhecimentos e procedimentos específicos, e apresentam como finalidade a prevenção de complicações, a recuperação das alterações da funcionalidade, a promoção da saúde, do autocuidado, bem-estar e qualidade de vida (OE, 2015; Novo et al., 2021).

Importa reconhecer que o EEER desempenha um papel fundamental na conceção, implementação, monitorização e reformulação de programas de treino motor, alinhados com os objetivos terapêuticos. Estas intervenções favorecem a adesão e a continuidade dos programas de reeducação funcional motora na comunidade, através da promoção da educação para a saúde e da capacitação da pessoa com AVC e do seu cuidador ou família, com uma abordagem nas dimensões física, psicológica e cognitiva. Assim, o EEER destaca-se na equipa interdisciplinar como promotor da qualidade e segurança dos cuidados, dotado de

competências específicas para liderar processos de melhoria contínua, adoção de estilos de vida saudáveis e promoção da qualidade de vida (Matos & Simões, 2020).

De acordo com Santos et al. (2020), a implementação de um programa de reabilitação motora estruturado e sistematizado constitui um contributo essencial para garantir uma transição segura da pessoa com AVC para o domicílio. A intervenção do EEER revela-se determinante na melhoria da marcha, do equilíbrio, do autocuidado e na redução do risco de queda. Reforça, deste modo, a importância de uma atuação precoce e contínua, orientada para a recuperação da funcionalidade, promoção da independência nas atividades de vida diária e reintegração social da pessoa.

Segundo uma revisão sistemática da literatura, elaborada por António et al. (2025), foram incluídos cinco estudos de carácter quantitativo, com objetivo de identificar ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com AVC com alterações neurológicas perante a intervenção do EEER. A análise dos estudos permitiu identificar diversas intervenções que contribuíram para ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação, nomeadamente na capacitação da pessoa com dependência para o desempenho do autocuidado. Entre as intervenções destacam-se a reabilitação funcional motora, aumento da força muscular, melhoria da mobilidade, amplitude de movimento articular, postura corporal, coordenação, equilíbrio, capacidade de sentar, marcha, bem como a utilização do cicloergómetro e o treino de atividades de vida diária.

Os cuidados de enfermagem centrados na pessoa requerem uma abordagem sistemática, integrada e colaborativa, envolvendo a equipa multidisciplinar e o cuidador. No processo de transição para o domicílio, a pessoa dependente para a realização do autocuidado necessita do apoio de um cuidador devidamente capacitado, de forma a prevenir eventuais

complicações e evitar reinternamentos hospitalares. Neste contexto, compete ao EEER avaliar e fomentar o desenvolvimento de competências tanto da pessoa como da família ou cuidador, promovendo a sua adaptação à nova condição funcional (António et al., 2025).

A literatura destaca que programas educativos direcionados ao fortalecimento das competências dos cuidadores informais (CI) de pessoas com dependência funcional após um AVC, contribuem para a redução de alterações cognitivas, ansiedade, depressão e custos associados aos cuidados de saúde. Estes programas promovem melhorias na funcionalidade da pessoa com AVC, diminuem a sobrecarga dos cuidadores, aumentam a satisfação no desempenho do papel de cuidador, fortalecem as suas competências práticas e favorecem a sua qualidade de vida (Santos et al., 2023).

Conforme descrito no estudo realizado por Santos et al. (2023), a implementação de programas para a capacitação do CI da pessoa com AVC constitui um objetivo primordial para uma prática de enfermagem de reabilitação centrada na qualidade e na obtenção de ganhos em saúde. A intervenção na educação e capacitação do CI deve ser concreta e sistematizada, assente na disponibilização de informação e treino adequados às necessidades individuais de cada pessoa. A atuação do EEER contribui para a promoção da capacidade funcional e da reintegração da pessoa, família e cuidador na comunidade, através da utilização de estratégias adaptativas, identificação de barreiras e recomendação de produtos de apoio (Santos et al., 2023).

A introdução de tecnologias como a Realidade Virtual (RV) e a Realidade Aumentada (RA) no âmbito da ER encontra-se, atualmente, em crescente desenvolvimento. Embora exista escassez de estudos nesta área, a investigação conduzida por Ferreira et al. (2025) aponta que o uso RV e da RA na capacitação de CI pode potenciar o treino e promover ganhos ao nível das

competências motoras e cognitivas, através do reforço do conhecimento, do feedback de desempenho e da motivação. A utilização destes recursos também contribui para o compromisso com o processo de reabilitação, promove a autonomia e independência e fortifica a confiança. O EEER detém um papel relevante nesse processo, ao articular o conhecimento específico com empatia e compreensão acerca das limitações da pessoa pós AVC.

Com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, é crescente a exigência para que os profissionais de saúde detenham conhecimentos, competências e capacidade que lhes permitam identificar, avaliar e aplicar os resultados da melhor evidência científica disponível (Pereira, 2023).

Os Cuidados de Saúde Informados pela Evidência (CSIE) constituem um processo de tomada de decisão clínica que conjuga a melhor evidência científica disponível, o contexto da prática, os valores e preferências da pessoa cuidada, bem como o conhecimento técnico e a experiência do profissional de saúde responsável pela intervenção. A sua aplicação favorece a qualidade dos cuidados, melhora a experiência da pessoa, potencia os ganhos em saúde e contribui para uma utilização mais eficiente dos recursos, com consequente redução de custos (Cardoso et al., 2024).

Diversos fatores podem constituir obstáculos à utilização da melhor evidência disponível na prática clínica, entre os quais, tempo disponível insuficiente, a ausência de conhecimentos ou de acesso à informação, a falta de competências para promover projetos de mudança para a prática, as preferências pessoais dos profissionais de saúde, fatores psicossociais, crenças, bem como barreiras da organização, como a escassez de recursos e a inexistência de incentivos (Cardoso et al., 2024).

A adoção de uma prática baseada em evidências pelos enfermeiros pressupõe a revisão e atualização contínua dos procedimentos, com o objetivo de fundamentar as intervenções na melhor informação disponível e garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (Pereira, 2023).

Análise Crítico-Reflexiva das Competências

Entender a Enfermagem como uma ciência, é fundamental para que a prática desenvolvida pelos enfermeiros tenha como base a evidência científica. Um assíduo desenvolvimento na formação e atualização de conhecimentos e habilidades fortalece a profissão (Pereira & Püschel, 2024).

A consolidação da enfermagem como ciência permite melhor qualidade nos cuidados prestados, reflete maior nível de exigência no desenvolvimento de competências e pensamento crítico aos profissionais. Neste contexto, o desenvolvimento de competências facilita a tomada de decisão, e eleva a prática clínica a níveis de rigor científico, ético, cultural e humano. O pensamento crítico é uma habilidade pretendida pelos enfermeiros, visa obter resultados que vão de encontro às necessidades individuais da pessoa (Mártires et al., 2019).

O contexto formativo fornece ferramentas para que o enfermeiro desenvolva o pensamento crítico perante as situações com que se depara, através do planeamento, das intervenções e avaliação da sua prática (Mártires et al., 2019).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A prática nos cuidados de saúde, em particular nos cuidados de Enfermagem, pressupõe cada vez mais rigor técnico e científico, para assegurar uma intervenção mais eficaz, segura com padrões de qualidade mais elevados, com crescente exigência de especialização nos profissionais de saúde (Pereira & Püschel, 2024).

Ao Enfermeiro Especialista são reconhecidas competências a nível científico, técnico e humano, que permitem oferecer cuidados de Enfermagem diferenciados na sua área específica. Depreende-se que todos os Enfermeiros Especialistas, independente do seu contexto, partilhem um rol de Competências Comuns, definidos segundo um traço condutor semelhante. De acordo com o Regulamento nº 140/2019, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são:

A - Responsabilidade profissional, ética e legal;

B - Melhoria continua da qualidade;

C - Gestão de cuidados;

D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Finalizada a componente de aprendizagem de conhecimentos teóricos e teórico-práticos, iniciei o desenvolvimento da componente prática, que decorreu nos contextos da comunidade e hospitalar. Todo o desenvolvimento da prática profissional do EEER é sustentado pelo domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desde o desenvolvimento do pensamento crítico, à conceção, implementação e avaliação do processo de ER.

A minha prática realizada durante os estágios, foi sempre firmada consoante as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garanti o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades inerentes à profissão, de acordo com os ideias descritos no código

deontológico (Lei n.º 156/2015) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 156/2015). Em todas as atividades académicas que realizei, o direito à privacidade e a dignidade da pessoa foram mantidos. Toda a informação recolhida ou por mim elaborada permaneceu confidencial, foi solicitado consentimento informado, assegurando a segurança da pessoa. Para a realização dos Relatos de Caso foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da ESSATLA, que garante o cumprimento dos princípios éticos, o anonimato dos participantes e respetivos dados e explanando o consentimento informado, livre e esclarecido da pessoa (Anexo 1).

Tive como propósito promover a literacia em saúde da pessoa, proporcionar o conhecimento necessário para o seu empoderamento, de forma a favorecer uma tomada de decisão consciente e partilhada, com respeito às suas necessidades, preferências e autodeterminação na construção do processo de cuidados. Esta abordagem visa contribuir para o desenvolvimento da sua autonomia e capacitação (Nunes, 2024).

Atuei com responsabilidade, assumi integralmente as minhas intervenções, e ajustei a prática clínica às orientações baseadas na evidência que me foram disponibilizadas. No contexto do estágio, cada intervenção foi previamente explicada à pessoa, confirmada a sua compreensão, em conformidade com os princípios éticos da beneficência e da não maleficência. Foram igualmente salvaguardadas a privacidade e a dignidade da pessoa e promovido um ambiente seguro, de modo a evitar um potencial dano (OE, 2015).

Uma situação na qual me defrontei entre assegurar a autonomia da pessoa e o princípio da beneficência foi durante uma visita domiciliária, em que o objetivo traçado com a pessoa foi o treino de subir e descer escadas (terceiro andar), com o objetivo de preservar as AIVD ir ao café, almoçar com a família e ir às compras. Numa das visitas, a pessoa manifestou recusa em

realizar o treino nas escadas, referiu não ter intenção de o fazer naquele momento. Tentei apurar os motivos, e percebi a sua desmotivação, porque os familiares estavam menos disponíveis para a visitar. Respeitei a sua vontade, entendi a falta de motivação e, após refletimos sobre a importância do treino e a repercussão da sua não concretização, por apenas serem realizadas duas sessões semanais. Após ponderar sobre toda a informação decidiu que não queria ir à rua, mas queria treinar subir e descer escadas apenas um andar. No caso referido, considero que foi informada sobre o seu plano de saúde, de modo a tomar uma decisão informada, e com respeito à sua autonomia.

A minha intervenção em contexto de estágio alinou-se com a perspetiva apresentada por Nunes (2024), que destaca a autorreflexão como elemento indispensável para que as preferências individuais sejam consideradas plenamente autónomas, com a possibilidade de serem revistas à luz de uma análise racional. No contexto dos cuidados de saúde, o respeito pela autonomia da pessoa constitui um princípio ético basilar, que reconhece a pessoa capaz de agir e orientar as suas decisões em conformidade com o seu projeto de vida e de saúde, detentora de direitos e deveres, mesmo quando as suas escolhas divergem das recomendações estabelecidas. A tomada de decisão consiste na fundamentação que sustenta a ação e traduz-se num processo deliberativo entre diferentes alternativas possíveis. No exercício profissional, o EEER baseia as suas intervenções em fundamentações científicas, recorre à prática fundamentada em evidências e ao modelo racional de decisão. A pessoa participa ativamente na tomada de decisão e assume um papel central na construção do seu plano de saúde (Nunes L., 2024).

A melhoria contínua da qualidade, está presente na excelência do exercício profissional, conforme reproduzido no REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), existe a necessidade de permanente atualização dos conhecimentos científicos e técnicos e também, da análise e

reflexão sobre os cuidados de enfermagem realizados, de forma a garantir a sua continuidade. Aproveitei situações como passagens de turno, reuniões de discussão para tomada de decisão, formações de serviço e Seminários de Enfermagem de Reabilitação nos quais pude estar presente para adquirir novos conhecimentos e habilidades e aprimorar outros que já tinha presentes. Estas partilhas facultadas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeiros de cuidados gerais, Enfermeiros Gestores e outros profissionais multidisciplinares foram enriquecedoras para o desenvolvimento das minhas Competências Comuns e Específicas de Enfermagem de Reabilitação.

Procurei adquirir e consolidar conhecimentos em evidência credível, permitindo-me fundamentar e executar cuidados de qualidade, recorrendo também, para este fim aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018).

Toda o desenvolvimento da prática foi baseado em cuidados centrados na pessoa, pretendendo atingir o enunciado “satisfação do cliente” (OE, 2018), com respeito à autonomia da pessoa, as suas crenças, valores e objetivos pessoais. Por diversas vezes, neste percurso, a satisfação foi verbalizada pelas pessoas, mas também percebida nas relações terapêuticas estabelecidas.

A promoção para a saúde foi desenvolvida ao longo de ambos os estágios através de ensinamentos como alimentação, prática de exercício físico, gestão do regime terapêutico, entre outros (OE, 2018).

Para a prevenção de complicações foram concebidos os planos de cuidados tendo em consideração as patologias individuais e os riscos inerentes à fase da doença, assim como aos antecedentes pessoais. Um fator com elevada importância para a prevenção de complicações no processo de reabilitação é o risco de queda. Em Portugal, de acordo com o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, as quedas correspondem a 21% dos incidentes registados. Este tipo de ocorrência pode intensificar o nível de dependência da pessoa, desencadear estados de confusão e imobilização, e acarreta um impacto económico relevante tanto para as famílias, como para a comunidade. A implementação da avaliação da Escala de Quedas de Morse verificou-se nos dois contextos de estágio, foi uma estratégia fundamental na prevenção de quedas durante o processo de reabilitação, permitiu evitar consequências associadas ou internamentos. A avaliação da escala era realizada no momento da avaliação inicial e durante o processo de cuidados, e adequadas as medidas preventivas de acordo com o grau de risco obtido (Horta et al., 2019).

Os fatores de risco de queda tornam-se particularmente evidentes quando associados à idade ou à presença de alguma incapacidade. Podem ser classificados como fatores extrínsecos ou intrínsecos. Os extrínsecos são relacionados com o ambiente envolvente, como uma iluminação deficitária, tapetes deslizantes ou pavimento não aderente, casas de banho sem barras de apoio e os fatores intrínsecos relacionados com a pessoa, inerentes ao processo de envelhecimento ou a incapacidades adquiridas (Gomes et al., 2019).

O ensino de estratégias preventivas direcionadas à pessoa e família revela-se essencial, assim como a intervenção do EEER, com vista à capacitação nas áreas do equilíbrio, da marcha e do autocuidado (Horta et al., 2019).

Com o objetivo de promover o bem-estar e o autocuidado, o EEER, após uma avaliação rigorosa e centrada nas necessidades individuais de cada pessoa, procede à prescrição de produtos de apoio e ajudas técnicas adequadas, com vista à manutenção da segurança e à maximização da independência funcional. Ao longo dos programas de reabilitação, verifiquei que a otimização de fatores como as condições de segurança, a disponibilização de produtos de apoio e o domínio adequado das atividades a realizar constituem elementos facilitadores na capacitação para o autocuidado, promovem a autoconfiança e contribuem, de forma significativa, para o bem-estar da pessoa (OE, 2018).

Em ambos os contextos de estágio foram implementados programas de ER nas diferentes áreas de intervenção, na qual é evidente o papel preponderante do EEER nos processos de reeducação e readaptação funcional. De encontro à temática deste relatório, destaca-se que o ensino e o treino direcionados à capacitação para a marcha da pessoa após AVC potenciam a funcionalidade e, por conseguinte, contribuem de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida.

Para a capacitação para a marcha foram concebidos planos de cuidados e programas de ER para que, progressivamente, se verificassem ganhos na funcionalidade. Com vista a este objetivo, após uma avaliação detalhada, foram realizados exercícios de preparação para o levante, tais como, mobilizações passivas, assistidas e ativas, fortalecimento muscular, facilitação cruzada, rolamentos e ponte. Em seguida, teve início o treino de transferência, com exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé, exercícios de agachamento, fortalecimento muscular, com e sem ajuda, sempre com supervisão para manter a segurança da pessoa. Quando adquirida estabilidade no equilíbrio, foi iniciado o treino de marcha, e sempre que necessário, corrigida a posição do pé e da postura corporal. O treino decorreu em diferentes ambientes sempre que existiu essa possibilidade. Quando necessário, como a

alteração do grau da força muscular, foi realizado treino com o auxiliar de marcha mais adequado.

Durante a realização do estágio, o plano de cuidados e o programa de ER foi delineado com a pessoa, com vista ao objetivo da independência funcional. Inicialmente, foi realizado o treino de marcha durante curtos períodos, que permitiu a ida à casa de banho e o treino de higiene no chuveiro, com progressão para o treino de marcha no corredor, com aumento da distância percorrida, conforme a tolerância da pessoa. Quando se verificaram as condições de segurança, foi realizado treino de subir e descer escadas.

Para o desenvolvimento de competências na área da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista deve ser reconhecido como um elemento de suporte para os seus pares e para a restante equipa de saúde, deste modo, assume um papel ativo na orientação e colaboração nos processos de tomada de decisão clínica.

Para garantir a qualidade de cuidados prestados à pessoa, EEER assume o papel de líder, gere recursos e coordena a equipa na prestação de cuidados. O processo de aprendizagem e integração foi progressivo, alcancei o reconhecimento pela restante equipa, e percebi a solicitação da minha intervenção em atividades específicas, tais como, o desmame de oxigenoterapia, limpeza das vias aéreas, inaloterapia, levante, treino de marcha, capacitação para o autocuidado, entre outros.

Considero que gerir recursos humanos não é uma tarefa simples. Para desenvolver esta competência, empenhei-me desde o início em estabelecer uma relação empática com os meus pares, e procurei demonstrar conhecimento sobre as minhas áreas de intervenção.

Adicionalmente, ao elaborar o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, procurei coordenar as minhas intervenções com a equipa de enfermagem e os técnicos auxiliares de saúde, com o objetivo de promover um ambiente positivo, colaborativo e favorável à prestação de cuidados.

Embora atualmente, os cuidados sejam centrados na pessoa, ainda se verificam dificuldades na promoção da autonomia da pessoa internada, quer pelas rotinas já definidas, quer pelas dotações e tempo insuficientes para uma prestação de qualidade. Durante o estágio, as atividades que desenvolvi foram ao encontro da promoção da autonomia da pessoa. Como exemplos, na alimentação procurei perceber as preferências pessoais da pessoa, na marcha qual o percurso preferia treinar, no autocuidado da higiene se queria lavar o cabelo. Sempre que se revelou necessário, procedi à modificação das rotinas previamente estabelecidas, e geri de forma eficiente o tempo dedicado a cada pessoa, sem comprometer a qualidade dos restantes. Considero esta gestão de cuidados de extrema importância, não apenas pelos seus efeitos na continuidade e qualidade, mas também pelo impacto motivacional que exerce na pessoa cuidada. Contudo, esta abordagem não foi facilitada pela equipa, pelas alterações às rotinas instituídas. Ainda assim, os resultados obtidos foram reconhecidos pelas pessoas cuidadas, pelas respetivas famílias e, paulatinamente, por toda a equipa.

Quanto ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais considero que este tem sido um caminho realizado desde a minha aprendizagem como enfermeira de cuidados gerais, agora aprofundado neste MER. Todo o percurso de aquisição de conhecimentos teórico-práticos, assim como o estágio realizado permitiram desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade, essenciais para a análise do contexto de estágio e identificação das necessidades de aprendizagem ou formação. Percebi ter adquirido e desenvolvido

conhecimentos em variadas áreas, o que permitiu defender as minhas decisões e justificar o pensamento crítico perante os meus enfermeiros supervisores.

A prática clínica informada em evidência científica assume uma importância crescente, reflete a relevância da intervenção do EEER através dos resultados obtidos na melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas cuidadas. A prática reflexiva é fundamental na intervenção do enfermeiro, pois reflete uma atuação consciente, em consideração com os pressupostos adequados, e as necessidades e as expectativas da pessoa (Pereira & Püschel, 2024).

A necessidade de pesquisa constante com base em evidência científica, para dar suporte ao raciocínio clínico e perante o processo de tomada de decisão, torna notória a necessidade de atingir um nível acrescido de conhecimentos nas diferentes áreas trabalhadas. Considero que este será um processo permanente de formação contínua, para manter a qualidade dos cuidados. O Enfermeiro Especialista deve atuar como facilitador nos processos de aprendizagem, compreender as necessidades formativas no seu contexto, formar os pares e avaliar a sua intervenção. Para tal, neste estágio, procurei fraquezas na prática dos cuidados e surgiu a necessidade de realizar sessões de formação na “Administração de Oxigenoterapia e Inaloterapia” e “Intervenção à Pessoa sujeita a Acidente Vascular Cerebral” (Anexo 2).

Enquanto estudante da especialidade, ambiciono demonstrar a aquisição e o desenvolvimento, em contexto prático, das competências comuns do Enfermeiro Especialista, e reconheço este percurso como essencial para potenciar a continuidade do meu investimento no exercício profissional futuro.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A excelência da enfermagem de reabilitação traduz-se em ganhos obtidos na prevenção de incapacidades, na recuperação de capacidades remanescentes e na estimulação da autonomia da pessoa, sendo a intervenção do EEER centrada na pessoa com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo de vida (Gaspar et al., 2021; OE, 2019).

A reabilitação abrange um conjunto de conhecimentos e práticas especializadas que permite apoiar pessoas em situação de doença aguda, crónica ou com sequelas a otimizar sua funcionalidade e independência (OE, 2019). A adaptação das respostas dos EEER às necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes destacou a importância de especificar competências consoante o foco e o contexto da intervenção do EEER (Gaspar et al., 2021).

Segundo o Regulamento n.º 392/2019, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o 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.

A atuação do EEER tem como objetivo a otimizar a funcionalidade, estimular a independência e a promoção da satisfação da pessoa, com contributo para a motivação em saúde. Esta intervenção integra-se numa abordagem holística dos cuidados, orientada para a prevenção de complicações ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade (OE, 2018).

Ao refletir, suportada por evidências, sobre as atividades realizadas nos estágios, procuro fundamentar e analisar as minhas práticas de desenvolvimento das competências de enfermagem de reabilitação, em alinhamento com os padrões de qualidade dos cuidados prestados, nos diversos contextos em que atuei.

Quanto à competência “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019), após perceber as necessidades de intervenção especializadas na pessoa, que impossibilitam a sua independência funcional permanente ou temporária, o EEER elabora, executa e avalia planos e intervenções direcionados para a reintegração e participação na sociedade, assim como para uma melhor qualidade de vida.

Para desenvolver esta competência, elaborei planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação individualizados com a pessoa em diversos contextos, tais como, alterações neurológicas (AVC, Doença de Parkinson), respiratórias (Derrame Pleural, DPOC, Infecção Respiratória, Pneumonia Adquirida na Comunidade), cardíaca (Insuficiência cardíaca, Cardiopatia) e ortopédica (especialidade CRI-coluna, tais como escoliose, hérnia discal, entre outras).

Independente da área afetada ou da fase da doença, quer seja aguda ou crónica, desde o momento em que a pessoa apresenta estabilidade clínica, é determinante a intervenção do EEER à pessoa com necessidades especiais (Gaspar et al., 2021).

No âmbito da saúde, nomeadamente na ER, o empoderamento e a promoção de autonomia são fundamentais para a pessoa atingir mestria para gerir o seu projeto de saúde (Petronilho, 2024). Apurada a autonomia da pessoa, emerge a necessidade de instituir um PCI, elaborado em colaboração com pessoa, com base nas necessidades identificadas pelo EEER, bem como o seu plano de saúde e as preferências expressas. O Processo de Enfermagem constitui um método científico, organizado e sistemático que orienta o enfermeiro na organização e prestação dos cuidados, com o objetivo de resolver problemas identificados. Este processo exige o desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual sustenta o julgamento clínico necessário à tomada de decisão fundamentada e à prestação de cuidados individualizados e seguros (Sousa et al., 2020; Alves et al., 2024).

O julgamento clínico adequado sustenta a prática de cuidados de enfermagem de qualidade, percebe as necessidades da pessoa, recorre a modelos de intervenção de enfermagem, padronizados ou modificados e orienta o enfermeiro a oferecer cuidados personalizados (Alves et al., 2024).

O processo de enfermagem é constituído por fases sequenciais e inter-relacionadas, apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Estruturam o pensamento e a tomada de decisão centralizada na pessoa e orientam para a ação e resultados, com a finalidade de prestar cuidados individualizados e de qualidade (Alves et al., 2024).

É fundamental estabelecer uma relação terapêutica entre o EEER e a pessoa. Recorrer à observação pormenorizada, em paralelo com uma comunicação eficaz e adequada à pessoa, pode ser uma ferramenta essencial na fase da apreciação, o que permite a construção de diagnósticos com base nos dados obtidos (Alves et al., 2024).

No contexto do estágio na comunidade, pela condicionante de tempo das visitas ao domicílio, a identificação das necessidades das pessoas e a recolha da informação necessária para a elaboração dos respetivos planos de cuidados e programas de ER foram realizadas, essencialmente, durante a entrevista e através da observação. Maioritariamente, nas situações com as quais me deparei, verifiquei uma faixa etária envelhecida, com patologias associadas e alterações da funcionalidade. De acordo com a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (SNS, 2017), o envelhecimento saudável implica o bem-estar e a preservação da funcionalidade, possibilita que a pessoa viva de acordo com os seus valores e escolhas, que se reflete na melhoria da qualidade de vida.

No âmbito das experiências vivenciadas, destaca-se o acompanhamento a uma senhora idosa que vivia sozinha, com o apoio de uma cuidadora informal. Após uma queda, apresentou limitações na funcionalidade e ansiedade associada ao receio de novos episódios. Segundo Horta et al. (2020), as quedas ocorrem com maior frequência no domicílio. Destacam entre os principais fatores de risco o desequilíbrio, a dependência nas atividades de vida diária, dificuldades na marcha, mobilidade reduzida, diminuição da força, alterações cognitivas e sensoriais, o medo de cair e a depressão. O plano de saúde era melhorar a marcha e retomar a capacidade de subir e descer escadas para voltar a ir ao café. Foi estabelecida uma relação terapêutica com a pessoa e a cuidadora, com quem se elaborou um programa de ER ajustado às necessidades identificadas e às preferências da utente. Foram realizados ensinamentos para a aquisição de conhecimento, instruídas (pessoa e cuidadora) e treinadas sobre exercícios de

fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, exercícios ativos e ativos-resistidos dos membros superiores e inferiores e treino de subir e descer escadas.

A utilização de instrumentos de avaliação adequados pelo EEER, facilita a avaliação da funcionalidade da pessoa e permite a identificação precoce do risco de quedas. A identificação dos fatores de risco do ambiente, aliada com a capacitação da pessoa para realizar atividades em segurança, possibilita uma intervenção eficaz e a prevenção de complicações (Horta et al., 2020). Foi aplicada a escala de Morse durante o programa de reabilitação e adotadas como medidas de prevenção de queda a remoção de tapetes que não estavam fixos, o uso de calçado fechado e adaptado ao pé e o uso de bengala. Como resultado a pessoa foi capacitada para marcha com auxiliar de marcha, subir e descer escadas com apoio unilateral e retomou a sua ida ao café, demonstrando bem-estar, satisfação e melhoria na sua qualidade de vida.

A implementação de um sistema de informação comum em enfermagem, tornou premente a definição de indicadores sensíveis aos cuidados, que possibilitem quantificar os ganhos em saúde decorrentes da intervenção de enfermagem. A produção desses indicadores permite traduzir o contributo dos cuidados especializados em ER, fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (Ribeiro et al., 2021). No contexto comunitário, uma limitação identificada foi o acesso restrito à informação clínica da pessoa. A inexistência de um sistema informático dificultou a recolha e consulta de dados clínicos, especialmente nos casos sem registo de nota de alta hospitalar. A ausência de mensuração sistemática dos indicadores sensíveis aos cuidados, em todos os contextos clínicos, limita a visibilidade do impacto da intervenção do EEER nos ganhos obtidos em saúde, e perpetua incertezas relativamente à sua relação custo-efetividade face aos demais elementos que constituem a equipa de reabilitação (Ribeiro et al., 2021).

O serviço de Medicina proporciona um vasto leque de patologias, assim como uma abrangente diversidade de idades da pessoa internada. Embora a especialidade CRI-coluna tenha sido menos explorada, tive oportunidade de realizar alguns turnos nessa área, onde elaborei diagnósticos de enfermagem e programas de Enfermagem de Reabilitação adaptados a diferentes faixas etárias, incluindo experiências com crianças a partir dos 12 anos (acompanhadas permanentemente pelos pais).

Conforme referido por Raposo et al. (2025), foi facultada informação a pessoa e a família, adequando a comunicação à idade para garantir a compreensão sobre os tratamentos e intervenções, elevando a sensação de segurança e potenciando a autonomia na tomada de decisão perante o seu plano de saúde. Seguindo o planeamento sugerido por Raposo et al. (2025), durante o estágio foi aplicado um plano de cuidados alinhado com os focos: conhecimento, ventilação, movimento muscular, equilíbrio corporal, posicionamento, transferir-se e autocuidado (higiene, arranjar-se, vestir e despir e uso do sanitário). Realizados ensinamentos, instrução, e treino para capacitar a pessoa após cirurgia corretiva da escoliose (Raposo et al., 2025). A intervenção do EEER com a pessoa e a família viabiliza ganhos em conhecimento e na capacitação, e facilita um processo de transição saudável e seguro para o domicílio (Raposo et al., 2025).

No internamento foram implementados com a pessoa, após cirurgia corretiva da escoliose, programas de ER com exercícios de reeducação funcional respiratória, exercícios de treino muscular e articular com referência a movimentos de tronco não aconselhados, técnicas de posicionamento, equilíbrio corporal, levantar, marcha e subir e descer escadas (Raposo et al., 2025). Durante a prática desenvolvida no estágio foi possível aferir ganhos relativos à funcionalidade com a intervenção do EEER à pessoa após cirurgia corretiva da escoliose, de encontro à evidência relatada em estudos anteriores (Sousa et al., 2024).

No primeiro contacto com a pessoa, foi realizada uma colheita de dados abrangente, incluindo informações pessoais, antecedentes de saúde, terapêutica habitual, motivo de internamento, situação clínica e grau de dependência anterior e atual. Foram também avaliadas a situação familiar, a rede de suporte, os objetivos, expectativas, motivação, conhecimento e capacidade da pessoa para o processo de reabilitação. A recolha criteriosa destes dados visou apoiar a formulação precisa e fundamentada dos diagnósticos de ER (Ribeiro et al., 2021).

Para que seja gerada uma avaliação com rigor, é recomendada pela OE (2016) a avaliação da pessoa pelos instrumentos de colheita de dados validados. No contexto de enfermagem de reabilitação, os instrumentos devem mensurar a incapacidade, monitorizar a evolução, facilitar a capacidade inter/intradisciplinar, medir a eficácia do tratamento e registar a continuidade dos cuidados, assim como os ganhos das intervenções realizadas. Escolher um instrumento de avaliação adequado requer a avaliação da sua aplicabilidade na prática clínica, tendo em consideração as suas propriedades psicométricas, tais como, a validade, fiabilidade, reprodutibilidade e a responsividade (Sousa et al, 2023). É essencial garantir a qualidade métrica dos instrumentos a fim de evitar viés em estudos sobre a eficácia das intervenções dos EEER (Faísca et al., 2018).

Ao longo do estágio recorri a instrumentos válidos, como a Escala de Braden, para avaliação do risco para desenvolver úlceras por pressão; Escala de Morse, para avaliação do risco de quedas; Escala Medical Research Council (MRC), para a avaliação da força muscular; Escala de Ashworth, para avaliação do tônus muscular; Índice de Tinetti, avaliação do equilíbrio; Índice de Barthel, para aferir o nível de independência da pessoa ao realizar atividades básicas de vida e à Medida de Independência Funcional (MIF) que constata o nível de incapacidade da pessoa e avalia os ganhos obtidos (OE, 2016).

No contexto da temática abordada neste relatório, para avaliar os ganhos obtidos pela intervenção do EEER na pessoa com AVC, foram implementadas a Escala de Braden, Escala de Morse, Escala de Ashworth, Escala Medical Research Council, Índice de Barthel e Medida de Independência Funcional, após se verificar uma evolução, quando a pessoa reunia condições para o levante foram adicionadas as avaliações do Índice de Tinetti. A implementação de programas de ER nos contextos de estágio resultou em ganhos efetivos em saúde, evidenciados pelos resultados obtidos por meio da aplicação dos instrumentos de avaliação. Estes resultados estão em consonância com outros estudos que reconhecem a relação entre a qualidade dos cuidados prestados e a utilização de instrumentos capazes de mensurar os ganhos em saúde (Lima et al., 2022; Horta et al., 2020; Rocha et al., 2020).

Quanto à competência: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, em virtude do desenvolvimento e promoção de decisões autónomas de acordo com o contexto social, político e económico. Com vista à inclusão social, considero ter alcançado capacidade de analisar a problemática manifestada, e intervir na promoção de uma consciência social inclusiva.

No quotidiano da pessoa, a capacitação traduz-se na execução de atividades básicas e instrumentais de vida, tais como alimentar-se, posicionar-se, realizar cuidados de higiene e conforto, eliminação, gestão de saúde, económicas e sociais. Estas atividades dependem da autonomia e independência da pessoa e resultam em funcionalidade e qualidade de vida (Reis & Bule, 2023; Vigia et al., 2023).

No decorrer da minha intervenção, a autonomia da pessoa foi sempre valorizada. Todo o meu percurso profissional foi desenvolvido em contexto hospitalar e ao desenvolver o estágio no

âmbito da comunidade percebi, que a autonomia da pessoa não é um conceito que, habitualmente, seja considerado relevante. Na prática realizada diariamente, muito em conta das rotinas estabelecidas, frequentemente os profissionais induzem as pessoas nas rotinas que devem desempenhar, deixando as suas vontades excluídas. Na comunidade, ao deslocar-me até ao domicílio para a prestação de cuidados, deparei-me com uma realidade diferente, na qual percebi que deveria adequar as minhas intervenções ao ambiente, às preferências e expectativas de cada pessoa individualmente. Esta realidade levou-me a uma nova perspetiva, e perceber a importância de centralizar os cuidados na pessoa, de encontro ao enunciado da satisfação do cliente descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018).

Após a identificação das necessidades, os planos de cuidados foram elaborados em conjunto com a pessoa, conforme as suas expectativas. As intervenções foram discutidas e foram realizados ensinamentos sobre as técnicas definidas, até ser demonstrada a aquisição do conhecimento. De seguida, instruída e treinada, garantindo a segurança da mesma. O planeamento das intervenções encontra-se alinhado com a evidência científica, nomeadamente com o estudo desenvolvido por Relhas et al. (2020), que aborda a intervenção do EEER na capacitação do cuidador familiar da pessoa após AVC. Além da observação, foram sempre monitorizados os sinais vitais e avaliada a tolerância ao exercício. Foram avaliados frequentemente os exercícios e quando necessário, realizadas modificações com o foco de alcançar a máxima funcionalidade (Novo et al., 2021).

A minha prática clínica detinha como objetivo frequente o treino das AVD's, proporcionar independência funcional e melhorar a qualidade de vida da pessoa. Para o treino das AVD's recorri frequentemente a produtos de apoio, realizei ensino e treino à pessoa e a família, para capacitar a usá-los quando estes são facilitadores, e deste modo, adquirir a sua máxima

capacidade funcional. Os treinos das AVD incluíram cuidados de higiene, vestir e despir, alimentação, eliminação, mobilidade e transferência. Foram programados de forma progressiva, de acordo com a tolerância da pessoa. O objetivo principal era promover a máxima independência, ensinando estratégias para colmatar as suas incapacidades. No caso da pessoa sujeita a AVC, era acompanhada à casa de banho, realizados ensinamentos facilitadores como vestir ou despir conforme o lado afetado, cuidados de higiene sentado na impossibilidade de manter o equilíbrio, ênfase na reeducação funcional motora, inicialmente com exercícios de rolamentos, ponte e fortalecimento muscular, treino de transferência e equilíbrio e posteriormente treino de marcha com auxiliar de marcha conforme a evolução adquirida. Sempre que possível realizou-se treino de subir e descer escadas com o intuito de preparar a pessoa e a família para o regresso domiciliário em segurança. As intervenções descritas encontram-se em consonância com programas de ER referenciados na literatura, nomeadamente no estudo desenvolvido por Santos et al. (2020), que aborda a implementação de um programa de reabilitação dirigido à pessoa após AVC. Os autores evidenciam melhorias significativas ao nível do equilíbrio corporal, da força muscular, da capacitação para o autocuidado e da deglutição, bem como uma redução do risco de queda. O programa de reabilitação proposto inclui intervenções como exercícios musculares e articulares passivos, exercícios faciais, exercícios de equilíbrio corporal, exercícios de deglutição e atividades de autocuidado.

Um objetivo delineado nos planos de ER foi a preparação para a alta para domicílio, realizada com a pessoa, família e cuidadores, ao encontro do enunciado da promoção da inclusão social descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de ER (OE, 2018). Foram definidas estratégias e selecionados recursos para promover integração da pessoa na comunidade, como exemplo, discutidas alterações na habitação como colocação de barras de apoio na casa de banho, fixação ou retirada de tapetes, redefinição da disposição do mobiliário para o uso de auxiliar de marcha e no emprego como recurso o uso de adaptador auxiliar para escrita. Para a

maximização da funcionalidade com segurança é, por vezes, necessária a utilização de estratégias adaptativas, como os produtos de apoio. EEER, em conformidade com as suas competências específicas, assume a responsabilidade pela seleção e prescrição de ajudas técnicas e produtos de apoio, além de promover o ensino e supervisão da utilização dos mesmos pela realização de treinos específicos de AVD (Matos & Simões, 2022).

No internamento é fundamental perceber as condições do domicílio, reconhecer a existência de barreiras arquitetónicas ou a necessidade de adaptação do mobiliário, para garantir condições de segurança no regresso ao domicílio. A detenção de competências sólidas em comunicação, negociação e entrevista, aliadas a um conhecimento aprofundado sobre acessibilidade, avaliação e prescrição de produtos de apoio, bem como, sobre os recursos disponíveis na comunidade para a reintegração social, constituem fatores facilitadores no processo de transição segura para domicílio. Neste âmbito, o EEER assume uma intervenção essencial no contributo para a continuidade dos cuidados e para a adaptação funcional da pessoa (Matos & Simões, 2022; Pereira et al., 2024).

No contexto de domicílio percecionei maior dificuldade na recetividade de readaptação das condições do domicílio. Como exemplo, uma pessoa idosa, vivia sozinha, apresentava patologia osteo-articular degenerativa, hipoacusia e após uma queda demonstrava diminuição da funcionalidade. Foi estabelecida uma relação terapêutica e delineado um programa de reabilitação com a pessoa, para promover a autonomia e capacitação para a tomada de decisão. O plano foi dirigido para a capacitação para o autocuidado higiene e treino para andar com auxiliar de marcha, com o objetivo de readquirir e manter a independência funcional anterior. Iniciado o programa de ER com implementação de exercícios de fortalecimento muscular, exercícios ativos nos membros superiores e inferiores e treino de equilíbrio, seguindo as indicações para a prescrição do exercício físico. De acordo com Novo et al. (2021),

a intolerância à atividade pode ser otimizada com a prática de exercício físico. Durante a realização do treino foram avaliados os critérios recomendados para a prescrição de exercício físico:

- A frequência permaneceu inalterada 2 dias por semana, pela disponibilidade das visitas ao domicílio;
- A intensidade foi monitorizada pela avaliação os sinais vitais (variação da frequência cardíaca, tensão arterial e saturação de oxigénio, avaliação da dor e avaliação subjetiva de esforço com aplicação da escala de Borg);
- A duração do treino foi aumentada progressivamente durante as sessões, entre 20 a 45 minutos;
- Realizados treinos respiratório e de força muscular;
- O tempo e a velocidade do treino de marcha, assim como a carga e o número de repetições foi aumentando paulatinamente, de acordo com a tolerância da pessoa;
- A progressão do exercício em velocidade para aumento do volume e em repetições com aplicação de carga não se evidenciou pelo cansaço fácil e limiar de dor.

Com a aplicação do treino de exercício físico foi possível comprovar uma evolução favorável na intolerância à atividade, movimento muscular e no equilíbrio, e a capacitação da pessoa

para andar com auxiliar de marcha. Em seguida, foram realizados ensinamentos à pessoa e profissional responsável pela prestação de cuidados de higiene através de apoio domiciliário. Ao instruir sobre o autocuidado higiene verifiquei a existência de uma banheira guardada com um banco de plástico. Identifiquei o difícil acesso, que exacerba o risco de possível ocorrência de queda. Após fornecer informação sobre os riscos associados a esta barreira, facultei referências sobre ajudas técnicas, como assento para banheira e barras de apoio. Percebi pouca motivação e receptividade da pessoa que já se encontrava adaptada a cuidados de higiene parciais. Em respeito à sua autonomia, observei um banco com apoios de borracha (presente no domicílio) e sugeri uma permuta com o banco de plástico, com a finalidade de alcançar maior estabilidade e segurança durante os cuidados de higiene. Esta sugestão foi bem recebida pela pessoa que também concordou com a importância das barras de apoio.

O planeamento de intervenções centradas na função muscular, através da implementação de atividades e exercícios terapêuticos, promove o aumento da resistência, o reforço da força muscular, potencia a amplitude articular, o controlo da estabilidade postural e do equilíbrio. Paralelamente, contribui para a prevenção de quedas e outras complicações associadas. O ensino, instrução e treino das AVD, em colaboração com a família ou cuidador, visa capacitar a pessoa para o autocuidado e para a realização segura de exercício físico e automobilizações (Matos & Simões, 2022).

Foram realizados treinos para o autocuidado higiene, com a pessoa e com a prestadora de cuidados domiciliários, demonstrando capacitação para a realização das atividades. Estes resultados estão alinhados com os objetivos do plano de cuidados individualizado e são convergentes com os resultados descritos por outros autores, os quais destacam ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER (Santos et al., 2020; Matos & Simões, 2022).

Os resultados da intervenção do EEER com a pessoa na capacitação da pessoa com limitação encontram-se perfilados com os enunciados descritivos identificados nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018).

É indubitável que a intervenção do EEER desempenha um papel fundamental no empoderamento e na promoção da autonomia da pessoa, ao capacitá-la para a tomada de decisão consciente na gestão do seu plano de saúde. Esta abordagem contribui para a satisfação da pessoa, bem como para a prevenção de complicações, através da identificação célere e precisa de fatores de risco que possam comprometer a funcionalidade (OE, 2018).

Contextualizando no caso referido, de acordo com a vontade expressa pela pessoa e às vulnerabilidades percebidas pelo processo de transição vivido, foram encontradas estratégias com o intuito de colmatar as necessidades identificadas. Atuei com recurso às possibilidades e escolhas explanadas, foi analisado e discutido o programa de reabilitação e a aquisição de ajudas técnicas. Estas soluções possibilitaram reforçar as condições de segurança e prevenir complicações como possíveis quedas, e implementar o programa de ER personalizado para garantir a satisfação da pessoa (Matos & Simões, 2022).

A capacitação como ação multidimensional requer conhecimento, decisão e atuação. A tomada de decisão em consciência está acoplada ao conhecimento adquirido e construído, baseado nos princípios individuais da pessoa, tendo impacto na ação realizada. Deste modo, a capacitação da pessoa para exercer a ação envolve os diversos domínios cognitivo, físico e de recursos (Reis & Bule, 2023).

No enquadramento da temática central deste relatório, no serviço de internamento de medicina foi realizado um relato de caso clínico à pessoa com AVC, com o propósito da capacitação para andar com auxiliar de marcha. Relativamente às aprendizagens alcançadas, o caso retrata uma pessoa de 63 anos, do sexo masculino, sem qualquer dependência funcional anterior, profissionalmente ativo como agente imobiliário. Recorreu ao SU por apresentar força diminuída no hemicorpo direito e foi internado com o diagnóstico de AVC do hemisfério esquerdo, com sequelas de hemiparésia do hemicorpo direito.

Foi realizada uma avaliação inicial pormenorizada, com recurso a entrevista e observação e iniciado o desenvolvimento da relação terapêutica com a pessoa. Em consideração ao seu atual processo de transição saúde-doença foram identificadas limitações para a realização do autocuidado e para a marcha. O seu projeto de saúde era recuperar e manter a capacidade de andar e de realizar o autocuidado (comer, beber, uso do sanitário, vestuário e higiene).

Em diferentes contextos de atuação, os EEER têm vindo a demonstrar um empenho progressivo na incorporação sistemática do processo de enfermagem, com desenvolvimento do juízo clínico de forma deliberada para promover a autonomia, capacitação e melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação de transição (Ribeiro et al., 2021). Foram realizados ensinamentos à pessoa e instruída sobre a patologia e o processo de reabilitação, de forma a empoderá-la com conhecimento para adquirir autonomia, e capacitação para a tomada de decisão sobre o seu processo de reabilitação. Em parceria com a pessoa foi elaborado um PCI, de encontro aos seus objetivos e necessidades definidos, com os focos: conhecimento, movimento muscular, equilíbrio corporal, transferir-se, andar com auxiliar de marcha e autocuidado (comer, beber, uso do sanitário, vestuário e higiene).

O programa de ER foi delineado para capacitar a pessoa para andar com auxiliar de marcha, foi instituído um programa de reeducação funcional motora (RFM) com exercícios de fortalecimento muscular, rolamento no leito e ponte, treino progressivo de levantar e equilíbrio corporal com exercícios ativos nos membros inferiores. Após apresentar equilíbrio estático em pé, foi iniciado o treino para andar com auxiliar de marcha. Inicialmente com recurso a andador e progrediu para canadianas, com capacitação adquirida para o andar com auxiliar de marcha. Foram realizados ensinamentos à pessoa, instruída e treinada nos diferentes âmbitos do autocuidado. Os resultados obtidos com a implementação do programa de ER com a pessoa após AVC, são similares a resultados referidos em evidência da literatura, nomeadamente, no estudo conduzido por Santos et al. (2020), que refere ganhos em saúde com a intervenção do EEER, principalmente, no equilíbrio, na marcha, no autocuidado e prevenção do risco de queda.

Foram realizados exercícios de mobilizações e fortalecimento muscular dos membros superiores. De acordo com o estudo de Freitas et al. (2021), a implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação no membro superior pós-AVC verificou dificuldades acrescidas em tarefas que exigem maior destreza manual e motricidade fina. O programa integrou a terapia de espelho e incluiu exercícios simples de flexão e extensão dos dedos, punho e cotovelo, bem como tarefas funcionais com vários objetos. Os autores relataram ganhos significativos na independência, na habilidade motora e na amplitude de movimento do membro afetado. Após uma pesquisa sobre ajudas técnicas, foi iniciado o treino de uso do sanitário com barras de apoio e na higiene sentado na cadeira. Apresentei no estágio como facilitador garrafas preenchidas com areia e molas para exercícios de treino da mão e dedos com a pessoa com hemiparésia pós AVC. Os resultados foram similares aos descritos por Freitas et al. (2021), com ganhos na força, habilidade e independência, readquiriu capacidade para se alimentar e para escrever, embora ainda com dificuldade.

Na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e reinserção social, o EEER intervém no conhecimento e no desenvolvimento de capacidades da pessoa. Disponibiliza conhecimento de modo a potenciar a autonomia para a tomada de decisão e através da aprendizagem de capacidades maximiza a independência funcional para a realização das AVD (Sousa et al., 2020).

No caso referido, a pessoa apresentou conhecimento adquirido com ganhos na funcionalidade demonstrando mestria para executar o autocuidado, equilíbrio corporal, andar com auxiliar de marcha e treino de subir e descer escadas. Os resultados são similares ao referido no estudo realizado por António et al. (2025), os autores identificaram intervenções que influenciam positivamente ganhos sensíveis aos cuidados de ER, particularmente na capacitação para o autocuidado. As intervenções centradas na reabilitação funcional motora evidenciam melhorias significativas na mobilidade, força muscular, amplitude articular, postura corporal, coordenação, equilíbrio, capacidade de sentar, marcha, mobilizações e treino das atividades de vida diária. O contributo do EEER revela-se particularmente relevante nos processos de adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde. Detém competências especializadas para gerir de forma eficaz o processo de reabilitação, promover o autocuidado e capacitar a pessoa a máxima independência.

A intervenção do EEER contribui significativamente no processo de transição e na qualidade de vida, reflete na prática os resultados obtidos pelo empoderamento e autonomia adquiridos, visando capacitar a pessoa para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária (Sousa et al., 2020).

Na competência: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, a intervenção do EEER tem como finalidade potenciar as capacidades funcionais adquiridas e

permitir o desenvolvimento pessoal e melhorar a performance a nível motor, cardíaco e respiratório (OE, 2019; Novo et al., 2021).

O conceito de saúde está atualmente relacionado com qualidade de vida e melhoria da funcionalidade, baseado em aspetos como a autonomia, a adaptação, a capacitação e a continuidade dos papéis sociais no modelo assistencial do EEER (Pestana, 2023).

De acordo com os seus conhecimentos e competências especializados e pela sua proximidade à pessoa e restante equipa de profissionais de saúde, o EEER é considerado uma base estruturante para a equipa, reconhecido como líder na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Ao atingir a capacitação da pessoa para realizar as suas atividades de vida, o foco da atuação do EEER visa potenciar atividades para otimizar as capacidades que foram adquiridas, como resultado das competências na recuperação funcional motora, sensitiva, cognitiva, cardíaca, respiratória, da comunicação, alimentação, eliminação e sexualidade (Pestana, 2023).

Na competência - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. O EEER intervém com a pessoa para aprimorar a sua funcionalidade, melhorar o desempenho motor, cardíaco e respiratório, além de potenciar o rendimento e o crescimento pessoal (OE, 2019). Durante os estágios foram concebidos e implementados programas de reabilitação, com o objetivo de minimizar as necessidades e incapacidades da pessoa. Foram realizados ensinamentos, educação para promoção de saúde, treinos de forma progressiva, até atingir apenas necessidade de supervisão, e alcançar a máxima independência funcional.

De forma a desenvolver treino motor foram realizadas diversas intervenções, tais como executar mobilizações articulares e musculares (passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas), treino de equilíbrio, treino de marcha (com e sem auxiliar), treino de subir e descer escadas, entre outros. O controlo postural é um domínio funcional necessário para a realização de diversas atividades. Após o AVC verifica-se um aumento significativo da probabilidade de comprometimento da capacidade de equilíbrio, fator impactando na funcionalidade e independência da pessoa. A alteração do equilíbrio em pessoas com AVC constitui um fator que compromete a recuperação da capacidade funcional, nomeadamente da marcha, e potencia o risco de quedas. Neste sentido, torna-se essencial a implementação precoce de um programa de reabilitação orientado para a melhoria da estabilidade postural e para a minimização das alterações do equilíbrio, com vista à independência funcional (Rocha et al., 2019).

Foram realizadas diversas intervenções a nível da reeducação funcional respiratória, como exemplo, avaliação das características da respiração, auscultação e palpação do tórax, dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de abertura costal global e seletiva (com e sem bastão), entre outras. Ao longo deste processo, foram verificados e avaliados os resultados obtidos, e sempre que necessário, modificados. Os resultados obtidos foram um indicador de qualidade dos cuidados realizados.

Com o objetivo de propiciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a prática do EEER deverá basear-se nos enunciados descritivos reproduzidos no Regulamento n.º 350/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. O documento relata oito categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional, promoção da

inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem. Os enunciados têm como finalidade demonstrar a intervenção do enfermeiro à pessoa, a outros profissionais e à sociedade, através dos ganhos obtidos em saúde (Gaspar et al., 2021).

A intervenção dos enfermeiros revela um papel facilitador no desenvolvimento de competências e habilidades, contribui para a adaptação às distintas etapas do ciclo de vida e aos respetivos processos de saúde e doença, qualquer que seja o contexto da sua prática. Torna-se imprescindível introduzir medidas de promoção da saúde, com ênfase no empoderamento e com recurso a estratégias que ajudem a pessoa a enfrentar as fragilidades causadas pelas diferentes transições vivenciadas (Martins et al., 2018).

Os relatos de caso desenvolvidos nos contextos de estágio demonstram resultados que comprovam ganhos em saúde com a intervenção do EEER, corroborando a importância da intervenção do enfermeiro com competências especializadas para o desenvolvimento da autonomia e funcionalidade da pessoa na melhoria da qualidade de vida (Nunes, 2024).

O exercício profissional centrado na prevenção de complicações permite intervir face aos potenciais problemas da pessoa, perante os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que possam comprometer a sua funcionalidade. Esta abordagem reforça a importância da intervenção do EEER, conforme constatado noutros estudos (Martins et al., 2018).

De acordo com o estudo realizado por Martins et al. (2018), sobre o contributo do EEER para a qualidade dos cuidados, no contexto do bem-estar e autocuidado, enquanto os enfermeiros de cuidados gerais identificam sempre os problemas, mas só intervêm às vezes, os EEER identificam, prescrevem, implementam e avaliam visando o bem-estar e a realização das

atividades de vida. Na readaptação funcional, os EEER comparativamente a outros enfermeiros de cuidados gerais, enfatizam os processos de adaptação eficazes, planeiam a alta da pessoa indo de encontro às suas necessidades aos recursos existentes, otimizam as capacidades da pessoa e conviventes significativos. Realizam ensinamentos, instruem e treinam em busca da readaptação funcional (Martins et al., 2018).

No contexto da organização dos cuidados de enfermagem, estudos evidenciam que a intervenção dos enfermeiros de cuidados gerais e dos EEER é equiparável no que respeita aos sistemas de registo e às políticas institucionais, o contributo dos EEER para a qualidade dos cuidados está centrado nos domínios do bem-estar, autocuidado e readaptação funcional (Martins et al., 2018).

Competências de Mestre

Conforme o Decreto-Lei n.º 65/2018, o Grau de Mestre é concedido a estudantes que revelem como 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 capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;

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

Os conhecimentos teóricos e teórico-práticos aprendidos na instituição de ensino são uma estrutura de suporte para a prática realizada durante os estágios, que requer complementaridade com trabalho autónomo de investigação. Segundo Martins et al. (2021), a investigação é um processo que permite expandir o nível de conhecimento, exigindo sistematização e uma metodologia estruturada. Mesmo partindo de um problema ou questão já existente para uma nova visão ou perspetiva, justificando com literatura, é gerado novo conhecimento e surgem novas estratégias, justificando ou reorganizando um pensamento teórico (Martins et al., 2021).

Na ER, o processo de investigação distingue-se das outras áreas pelo foco do problema e pela particularidade do objetivo do estudo, essenciais para o propósito do estudo e para os métodos a selecionar (Martins et al., 2021).

Para a investigação é importante clarificar os conceitos e identificar o problema a estudar, mas também é impreterível um método seguro, preciso e contextualizado na área de enfermagem de reabilitação em estudo, deste modo o EEER deve sustentar a investigação nas Competências Comuns, nas Competências Específicas de ER e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Martins et al., 2021).

Com intuito de demonstrar que atingi conhecimentos e habilidades de compreensão a um nível que, com base nos conhecimentos adquiridos em todo o meu percurso académico seja possível ampliá-los e aprofundá-los refiro a realização do trabalho de investigação desenvolvido ao longo de ambos os estágios. Como exemplo, em contexto comunitário foi realizado o relato de caso sobre “Enfermagem de Reabilitação perante sintomas incapacitantes da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” e em contexto do estágio profissionalizante foi elaborado um relato de caso com a temática “Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação da marcha, na pessoa com Acidente Vascular Cerebral”.

Durante a elaboração dos trabalhos tornou-se evidente a importância do processo de pesquisa para fundamentar a minha atuação na prática clínica e uma oportunidade de desenvolvimento de conhecimento nas áreas de ER estudadas.

Análise SWOT

No final deste percurso de aprendizagem, a realização da análise SWOT permite-me colocar em retrospectiva todo o trajeto percorrido desde o início do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, e reconheço a evolução não apenas a nível profissional, mas também pessoal.

No meu contexto de trabalho, já há algum tempo, sentia necessidade de aprofundar conhecimentos e habilidades que me permitissem possuir conhecimentos específicos. Ingressar neste Mestrado fez-me todo o sentido para colmatar esta fraqueza que sentia como profissional.

Como pontos facilitadores internos considero que a minha motivação foi determinante, pois foi um caminho intenso, e, por vezes, senti necessidade de relembrar o meu objetivo para continuar. O meu percurso profissional até aqui também foi uma das forças que denotei, facultou-me bases para poder aprofundar conhecimentos e técnicas específicas. Revelou-se um fator facilitador na realização de uma avaliação sistematizada da pessoa e da sua situação. Destaco, ainda, a integração no serviço, evidenciada pela comunicação eficaz e pela relação empática estabelecida tanto com a equipa multidisciplinar como com as pessoas internadas e suas famílias

Relativamente aos pontos inibidores internos, refiro o meu tempo disponível para realizar pesquisa adequada para consolidar os meus conhecimentos e aprimorar as minhas habilidades inerentes às Competências Específicas de Enfermagem de Reabilitação. Senti dificuldade em conciliar o meu horário de trabalho, em simultâneo com as horas de estágio, para conseguir o tempo necessário de pesquisa, para desenvolver os trabalhos de investigação com rigor e fundamentados em evidência, sem deixar de lado as minhas responsabilidades

familiares. De referir ainda, que a nível pessoal, sou tímida e por vezes insegura, fatores que considero como fraquezas ao meu desenvolvimento de competências. Mas já percorri um longo trajeto na tentativa de ultrapassar estes fatores inibidores, e trabalhar a minha abordagem na comunicação e interação com outros.

Como facilitadores externos, refiro os enfermeiros especialistas de ER, que me acompanharam e orientaram neste processo de aprendizagem, em especial a minha enfermeira supervisora clínica, pela disponibilidade e pelos conhecimentos que me transmitiram e por toda a disponibilidade demonstrada. Também aos enfermeiros de cuidados gerais que comigo se cruzaram, e à Enfermeira Gestora do serviço, pela partilha de conhecimentos e habilidades que me facultaram, enriquecendo o meu desenvolvimento. Também refiro a equipa de docentes que demonstram uma enorme disponibilidade, preocupação e um acompanhamento exímio.

Quanto às barreiras externas com que me deparei, menciono a dotação de enfermeiros. O contexto hospitalar sendo um ambiente variável e nem sempre controlado, possibilita a ocorrência do erro. Sendo a segurança um fator essencial, as dotações inadequadas de enfermeiros além de facilitarem a possibilidade de eventos adversos, condicionam a prestação de cuidados de qualidade (Guerra, 2018). A intervenção do ER demonstra ganhos importantes para a independência e autonomia da pessoa no processo de transição vivenciado, e o número insuficiente de enfermeiros condiciona a intervenção especializada de ER, o que se traduz em resultados menos eficientes ou mais lentos neste processo.

Conclusão

A elaboração do presente relatório, desenvolvido em contexto do estágio profissionalizante, tem como finalidade descrever os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, assim como as competências inerentes ao grau de mestre. Este processo constituiu uma oportunidade privilegiada de aprendizagem, o que permitiu a prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, alicerçados nos padrões de qualidade definidos para a prática nesta área de especialidade.

A articulação da prática clínica com fundamentos teóricos revela-se essencial para distinguir a Enfermagem enquanto disciplina científica e profissão autónoma. Este enquadramento teórico contribui, de forma significativa, para a elevação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sustentando uma prática baseada em evidências e orientada por padrões de excelência.

Os EEER têm vindo a desenvolver a sua prática de forma programada, sistematizada e metódica (Ribeiro et al., 2021). A prática reflexiva constitui um elemento essencial na formação do EEER, alinhando-se com o seu mandato social. Favorece a aquisição de conhecimentos e competências por meio da reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas, promove a autonomia profissional, a capacidade de tomada de decisão. Assim, torna-se fundamental fomentar a continuidade do ensino e da investigação articulados com a prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, como estratégia para consolidar e evoluir a prática baseada em evidências. A contínua evolução do conhecimento requer dos profissionais de saúde um desempenho pro-ativo face ao seu desenvolvimento. A prática de enfermagem informada na evidência científica constitui, simultaneamente, um desafio e uma

oportunidade no contributo para o reconhecimento da enfermagem, enquanto disciplina integrante na área das ciências da saúde. A adoção de intervenções fundamentadas na melhor evidência disponível contribui, de forma significativa, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Pereira, 2023).

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, foram desenvolvidas capacidades nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como nas áreas da gestão, formação, investigação, assessoria e articulação interdisciplinar.

A necessidade da intervenção do EEER acontece ao longo de todo o ciclo de vida, surge principalmente nos processos de transição, com mudanças súbitas ou progressivas vivenciados pela pessoa (Santos, 2023). No exercício profissional o EEER encontra pessoas com necessidades especiais, em situação de limitação ou deficiência, instabilidade e vulnerabilidade, onde a construção de uma relação terapêutica é de extrema importância.

Em concordância com as suas competências específicas, o EEER promove a tomada de decisão informada da pessoa. Para uma decisão consciente e fundamentada, promove literacia em saúde para adquirir a autonomia. A tomada de decisão envolve conhecimento, análise racional, planeamento e avaliação da situação.

Em concordância com as suas competências específicas, o EEER promove a tomada de decisão informada da pessoa. Para uma decisão consciente e fundamentada, promove literacia em saúde para adquirir a autonomia. A tomada de decisão envolve conhecimento, análise racional, planeamento e avaliação da situação.

A implementação do plano de cuidados de ER tem como finalidade maximizar as capacidades da pessoa e promover a sua participação e reinserção na sociedade como cidadão ativo. Para atingir este objetivo, o EEER atua a nível do conhecimento, como facilitador da literacia em saúde, e deste modo, promove a autonomia através do empoderamento para uma tomada de decisão informada. Fundamentado na tomada de decisão informada, o EEER desenvolve ações direcionadas para a capacitação da pessoa no processo de reabilitação.

No decurso da prática, foram mobilizadas competências específicas de EEER ao longo de toda a intervenção com a pessoa, com o propósito de otimizar a funcionalidade, estimular a independência e promover o bem-estar, a satisfação da pessoa, e prevenir complicações ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, de alimentação, de eliminação e sexualidade (OE, 2018).

Para além do desenvolvimento de competências, é imprescindível respeitar os princípios definidos nos padrões de qualidade, os quais constituem um alicerce essencial para a melhoria contínua dos cuidados prestados. A atuação do EEER visa capacitar a pessoa, promover a sua independência funcional e facilitar os processos de transição ao longo do ciclo de vida, com o objetivo de alcançar a satisfação, promover a saúde, prevenir complicações, intervir na reeducação e readaptação funcional, bem como atingir o bem-estar e a qualidade de vida.

Ao longo de todo o percurso realizado, considero que foram adquiridos os conhecimentos e competências propostos. As intervenções desenvolvidas seguiram os referenciais dos regulamentos de competências e os padrões de qualidade especializados em enfermagem de reabilitação. Na interação com a pessoa, privilegiei o estabelecimento da relação terapêutica, respeitei e promovi os princípios da autonomia e da independência.

Foram elaborados planos de cuidados de ER individualizados, centrados na pessoa e em conformidade com as diferentes fases descritas para a construção do plano de cuidados. Este percurso integrou os conhecimentos teóricos adquiridos na instituição de ensino, a prática desenvolvida durante os estágios com o apoio dos enfermeiros supervisores, bem como o trabalho autónomo realizado para o desenvolvimento técnico, domínio dos instrumentos de avaliação, contacto com produtos de apoio e ajudas técnicas, e análise crítica dos resultados obtidos, com vista à sua adequação e melhoria contínua.

Na pessoa pós AVC, a intervenção do EEER incide sobre diversas áreas essenciais à recuperação funcional. No âmbito do presente relatório, destacam-se os focos de reabilitação mais trabalhados durante o estágio: movimento muscular, transferências, autocuidado: higiene, sanitário e vestuário, equilíbrio corporal, andar e andar com auxiliar de marcha. Através da implementação de um plano de cuidados individualizado e de um programa de reabilitação estruturado conforme as necessidades identificadas e os objetivos definidos no plano de saúde da pessoa, as intervenções de reeducação e readaptação visam assegurar uma transição saudável, maximizar a independência funcional e a melhoria da qualidade de vida.

Este percurso revelou-se profundamente enriquecedor, tanto a nível pessoal quanto profissional. O desenvolvimento das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Reabilitação, aliado às competências adquiridas no âmbito do grau de mestre, reforça a importância da investigação e da procura contínua pela melhor evidência disponível. Esta integração de saberes sustenta a adoção de uma prática clínica informada pela evidência, e promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

Afonso, R., Pinto, C., Severino, S., & Sousa, L. (2025). Intervention of the rehabilitation nurse in person after stroke: Case report. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitacion Interdisciplinaria*, 5(114), 1-5. <https://doi.org/10.56294/ri2025114>

Alligood, M.R. (2004). O Estado da arte e ciência da teoria de enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

American Stroke Association. (2025). *Types of stroke and treatment*.
<https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>

António, M. A., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A., & João, A. L. (2025). Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas – Uma revisão sistemática de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), 2-14. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35999>

Araújo, A. (2015). *O processo de transição do cuidador informal da pessoa com AVC: Contributos do enfermeiro de reabilitação* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

http://repositório.ipvc.pt/jspui/bitstream/20,500,11960/1548/1/Antonio_Araujo.pdf

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.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas: literacia em saúde – capacitação dos profissionais de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023–2030: plano estratégico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>

Ferreira, C., Raposo, S., Cardoso, M., Esteves, V., Rabiais, I., Tomás, J., Severino, S., José, H., & Sousa, L. (2025). Use of virtual or augmented reality in informal caregivers of stroke survivors: rapid review. *Gamification and Augmented Reality*, 3(110), 1-8. <https://doi.org/10.56294/gr2025110>

Freitas, C., Rodrigues, C., Pratas, L., & Almeida, S. (2021). Terapia de espelho na reabilitação do membro superior pós acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 15–19. <https://doi.org/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.

Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>

Horta, M. A., Nozes, A. J., Paulo, C., Vilardouro, M. E., Marques, J. M., & Sousa, L. M. (2020). Fatores de risco de queda na pessoa com acidente vascular cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 14–20.
<https://doi.org/10.33194/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.4585>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Causas de morte*. Portugal: INE.
file:///C:/Users/aisf2/Downloads/16COD_2022_retificado.pdf

Lima, A. M., Martins, M. M., Ferreira, M. S., Fernandes, C., Schoeller, S., & Parola, V. (2022). Ferramentas de avaliação para avaliar a independência: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 77–88.
<https://doi.org/10.33194/rper.2022.193>

Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2023). *Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral*. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Sabooks Editora.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Schoeller, S. D. (2021). Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel.

Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, C., & Castelo-Branco, M. Z. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 44(44), 159–172. <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle44.10>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing and practice*.

Menoita, E.C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P., Vieira, C. M. (Coord.) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.

Murphy, S. J., & Werring, D. J. (2023). Stroke: causes and clinical features. *Medicine*, 51(9) 602-607. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2023.06.003>

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. 76-82). Lidel.

Nunes, L. (2024). Autonomia e tomada de decisão. In Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (Coord.), *Enfermagem avançada* (pp. 87-93). Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015, Junho 22). *Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/350-2015-68467866>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico da Profissão de Enfermagem* [PDF]. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [PDF]. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados e Documentação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dospadrões-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário

da República, II Série, n.º 85, (pp.13565–13568).

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Pereira, R. (2023). Enfermagem baseada na evidência: um desafio, uma oportunidade. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.101-112). Sabooks Editora.

Pereira, R. P., & Püschel, V. (2024) Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da transformação. In Marques, R., Nené, M., & Sequeira, C. (Coords.), *Enfermagem avançada* (pp. 16–20). Lidel.

Pereira, R., Sousa, L., & Severino, S. (2025). Rehabilitation nursing from the perspective of Orem, Meleis and Swanson – person, family and community. *Community and Interculturality in Dialogue*, 5, 1-5. <https://doi.org/10.56294/cid2025142>

Pereira, S. R., Martins, M. M., Machado, W.C., Lourenço, M., Cruz, V. V., & Vargas, C.P. (2024). Reabilitação em Enfermagem processos de inclusão e acessibilidade: instrumentos de avaliação para enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), 1-11. <https://rper.pt/article/view/37418/26014>

Pestana, H. (2023). Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47-55). Sabooks Editora.

Petronilho, F., & Machado, M. (2023). Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Sabooks Editora.

Pinto, E., Martins, M. M., Ribeiro, O. M. P. L., & Novo, A. (2022). Anti-spastic pattern positioning: A glimpse of nursing practice in the hospital context. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 20–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.196>

Portugal Angels Nurse Task Force. (2025). Guia de enfermagem do AVC. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (1ª ed.). [PDF]. https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf

Presidência do Conselho de Ministros nº 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República, Série I*(157) [Decreto-Lei n.º 65/2018 / DR](#)

Proposta do Manual de Acolhimento – Novos Colaboradores. (2023). *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - Manual de Acolhimento* [Documento interno].

Queirós, P. J. (2024a). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da integração. In Marques, R., Nené, M., & Sequeira, C. (Coords.), *Enfermagem avançada* (pp. 44–57). Lidel.

Queirós, P. J. (2024b). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da transformação. In Marques, R., Nené, M., & Sequeira, C. (Coords.), *Enfermagem avançada* (pp. 58–68). Lidel.

Raposo, C., Oliveira, D., Severino, S., Faleiros, F., Albuquerque, G., Ferreira, B., Helena, J., & Sousa, L. (2025). Post-operative rehabilitation in a hospital setting for people with scoliosis: a narrative review. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 5, 1-10.

<https://doi.org/10.56294/saludcyt20251049>

Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A. C., & Sousa, L. (2020). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 18–28.

<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.5756>

Reis, G., & Bule, M. J. (2023). Capacitação e atividade de vida. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 57–65). Sabooks Editora.

Relhas, L. C., Pereira Ramos, R. F., Figueiredo, A. C., Braga, A. I., Pestana, H. C., & Sousa, L. M. (2018). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para acidente vascular cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 26–32.

<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4404>

Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 9(1), 78–94.

<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/10431/9189>

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Coords.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 48–57). Lidel.

Rocha, I. J., Bravo, M. F., Sousa, L. M., Mesquita, A. C., & Pestana, H. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5–17.

<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rocha, M. C., & Martins, M. R. (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.

Samartini, R. S., & Cândido, V. C. (2021). Reflections on elderly autonomy and its meaning for the practice of nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3).

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0723>

Sampaio, F. (2024). Recolha de dados. In Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 299–300). Lidel.

Santos, A. S., Fonseca, M. J., Gomes, J., Soares, S., & Ribeiro, C. (2023). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal do idoso dependente por AVC: Um estudo quase-experimental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), 2-18. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.339>

Santos, J. T., Campos, C. M., & Martins, M. M. (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>

Santos, L. L. (2023). O processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15–23). Sabooks Editora.

Serviço Nacional de Saúde. (10 de julho 2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. República Portuguesa, Despacho n.º 12427/2016. Portugal. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Acidente Vascular Cerebral – SNS*.
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/02/acidente-vascular-cerebral/>

Silva, R., Campos, A., Almeida, E., Santos, H., & Fernandes, S. (2018). Evidências sobre aplicação das bandas neuromusculares na reabilitação do pé nos doentes pós acidente

vascular cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 73–77.

<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4477>

Silva, R., Campos, A., Almeida, E., Santos, H., & Fernandes, S. (2019). *Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a enfermagem de reabilitação*. *Revista Investigação em Enfermagem*, 35-44. [PDF].

[https://www.researchgate.net/publication/337313131 Contributos do referencial teorico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitacao](https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao)

Sousa, L., Raposo, C., Guerra, N., Faleiros, F., Albuquerque, G., & Severino, S. (2024). Rehabilitation nursing care for a patient undergoing corrective surgery for scoliosis: Case report. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 1-5. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024785>

Teixeira, C., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerra, M. (2023). Enfermagem e seus metaparadigmas. *Servir*, 2(1). <https://doi.org/10.48492/servir021e>

Teixeira, F., Saraiva, D., Milho, D., Nunes, D., Mesquita, C., & Ferreira, D. (2023). Indicadores preditivos do autocuidado – Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), 2-18.

<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/324>

Vale, P. L., Prata, D. R. A., Araújo, C. O., Cordeiro, M. B., & Goés, Â. C. (2018). Estratégias de empoderamento em saúde: dialogando o plano municipal e o relatório da conferência de saúde. *Revista Gestão & saúde*, 9(1).

[https://researchgate.net/publication...em saude dialogo entre o Plano Municipal e o relatorio da Conferencia de Saude](https://researchgate.net/publication...em_saude_dialogo_entre_o_Plano_Municipal_e_o_relatorio_da_Conferencia_de_Saude)

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2023). Treino de atividades de vida diária. In Marques-Vieira, C., % Sousa, L. (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 351-364). Sabooks.

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework
<https://iris.who.int/handle/10665/67215>

Apêndices

Apêndice I – Consentimento Informado Livre E Esclarecido Para Participação Em Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: ... Referir o título do estudo

Enquadramento: ... O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade nomear, no âmbito do Mestrado de enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do(a) Professor(a) nomear e do(a) Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação nomear.

Explicação do estudo: ... Solicita-se a participação no estudo de Caso de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e serão utilizados instrumentos/testes de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no estudo de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre nomear o (s) diagnóstico(s) de enfermagem de reabilitação, contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: ... A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento.

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

... agradecer e identificação do/a estudante— nome, contacto telefónico, endereço electrónico)

Assinatura/s: _____

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

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BI/CD Nº: _____ DATA OU VALIDADE ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

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

¹ <https://www.ubla.mn.saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/07/declaracaohelsinkia.pdf>

² <http://www.pt/pdf/11818/2001/01/012403/00148016.pdf>

Apêndice II – Formação Sobre Intervenção na Pessoa com AVC

Intervenção na pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Aluna: EMER Ana Isabel Figueiredo Orientadora: Mónica Fernandes ESSATLA, Dezembro 2024	Definição de AVC: <u>Condição neurológica que ocorre quando há uma interrupção ou bloqueio na irrigação de sangue para o cérebro, resultando em danos cerebrais.</u> Pode ser dividido em: • AVC Isquémico: obstrução de um vaso sanguíneo, geralmente por um coágulo; • AVC Hemorrágico: rutura de um vaso sanguíneo, causando hemorragia cerebral; • AVC Transitório (AIT): com sintomas temporários, constitui um sinal de alerta para possível lesão cerebral grave.
Fatores de risco: • Modificáveis: Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, doenças cardíacas, tabagismo, sedentarismo, obesidade; • Não modificáveis: Idade, história familiar, sexo (maior prevalência em homens) e raça.	Diagnóstico: • Avaliação neurológica; • Exames complementares de diagnóstico como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética, angiografia, eletroencefalografia; • Exames laboratoriais.
Avaliação • Monitorização de sinais vitais; • Avaliação neurológica: Exame de pares cranianos, avaliação estado de consciência (Escala Coma de Glasgow); • Avaliação de espasticidade, equilíbrio, força, coordenação e marcha.	Objetivos na fase de reabilitação • Evitar ou diminuir a instalação do padrão espástico; • Estimular a sensibilidade e propriocepção; • Treinar o equilíbrio e postura corporal; • Estimular o lado afetado.
Estratégias na fase de reabilitação • Estimulação sensorial; • Posicionamento em padrão anti-espástico; • Facilitação cruzada; • Atividades terapêuticas (treino de rolamentos, ponte, transferência, marcha, treino de autocuidados).	Alteração motora • Hemiplegia - caracterizada por paralisia do hemicorpo direito ou esquerdo, contralateral ao lado da lesão. • Hemiparésia - caracterizada por diminuição do grau de força e sensibilidade do hemicorpo contralateral ao lado da lesão. • Padrão espástico - caracterizado pelo aumento do tônus nos músculos anti-graviticos do hemicorpo afetado (flexores do membro superior e extensores do membro inferior).

Posicionamentos em padrão anti-espástico • <u>Decúbito dorsal</u> deve ser o menos frequente, pois é o que mais favorece a espasticidade (pela extensão). • <u>Decúbito lateral para o lado afetado</u> deve ser o mais usual, pois não agrava o padrão espástico. • <u>Decúbito lateral para o lado são</u> é adequado quando os membros afetados são posicionados de acordo com padrão anti-espástico.	Decúbito dorsal: • Cabeça em flexão lateral para o lado são, com almofada até às omoplatas e o ombro posicionado em protração; • Membro superior apoiado desde o ombro, em rotação externa; • Cotovelo, punho e dedos em extensão; • Colocar uma almofada apoiando a região nadegueira e coxa do lado afetado (evita a retração e rotação externa da coxa); • Joelho em ligeira flexão; • Não colocar suporte nos pés para evitar estímulo espástico em extensão. 
Decúbito lateral para o lado afetado: • Cabeça apoiada com almofada mais alta evitando inclinação lateral; • Ombro afetado sob a cama, em abdução e rotação externa; • Cotovelo, punho e dedos em extensão, com o antebraço em supinação; • Membro inferior afetado em ligeira flexão coxo-femural e joelho; • Membro são apoiado com almofada para conforto. 	Decúbito lateral para o lado são: • Cabeça sem almofada, ou com almofada baixa, evitando inclinação para o lado afetado; • Membro superior afetado sobre almofada em protração, antebraço em pronção, com extensão de cotovelo, punho e dedos; • Membro inferior afetado sobre almofada, com ligeira flexão coxo-femural e do joelho, posicionado à frente do membro são; • Pé em posição neutra. 
Facilitação cruzada: <u>Técnica na qual a pessoa trabalha o lado são do corpo através da linha média.</u> Disposição do quarto e abordagem à pessoa estimulando o lado afetado gerando estímulo sistematizado. Objetivos: • Estimular a sensibilidade e ação voluntária do lado afetado; • Reeducação do reflexo postural do lado afetado; • Promover o esquema corporal; • Promover o autocuidado.	Alteração na linguagem • Afasia: perda de memória dos sinais de linguagem falada. • Disartria: perturbação da articulação das palavras. • Analisar o discurso que pode ser fluente ou não fluente; • Avaliar a capacidade de nomeação (visualização de objetos); • Testar a capacidade de repetição (descartar ecolália); • Avaliar a compreensão auditiva (ordens simples e complexas), de leitura e escrita.
Disfagia • <u>Dificuldade na deglutição causada por alteração da coordenação neuromuscular.</u> • Vigiar alimentos sólidos ou líquidos armazenados na cavidade oral, acessos de tosse durante ou após a deglutição e alteração na voz (rouca ou húmida). • Se necessário, por risco de aspiração, ponderar entubação nasogástrica, evitando complicações.	Disfagia • Cuidados: • Sentar a pessoa de forma confortável, manter as costas apoiadas, tronco direito e pés bem assentes; • Providenciar dieta adequada, pequenas quantidades de alimento e confirmar a correta deglutição; • Se necessário recorrer ao uso de espessante com consistência adequada; • Avaliar se apresenta períodos de tosse frequentes ou secreções; • Estimular a pessoa a alimentar-se, se necessário recorrer a dispositivos de compensação.

Conclusão • A promoção de saúde e prevenção de fatores de risco são essenciais, podendo reduzir a incidência e melhorar os resultados verificados; • É essencial uma correta neuroavaliação; • O enfermeiro desempenha um papel vital em todas as fases do tratamento, desde a avaliação até à reabilitação; • A reabilitação deve ser um processo calmo, de repetição, individualizado, não ultrapassando a capacidade da pessoa.	Bibliografia • 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 O. Ribeiro (Coord.), <i>Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas</i> (pp. 164-233). Lisboa: Lidel. • Menoia, E. C. (2012). <i>Reabilitar a pessoas idosa com AVC Contributos para um envelhecer resiliente</i>. Lusociência.
Obrigado!!!	Intervenção na pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Aluna: EMER Ana Isabel Figueiredo Orientadora: Mónica Fernandes ESSATLA, Dezembro 2024

Apêndice III – Formação Sobre Oxigenoterapia e Inaloterapia

Oxigenoterapia e Inaloterapia  Aluna: EMER Ana Isabel Figueiredo Orientadora: Mónica Fernandes ESBASTIA, Novembro 2024	Oxigenoterapia 
Objetivos da oxigenoterapia Atualmente, o oxigénio, pode ser parte integrante de um plano terapêutico, principalmente em patologias do foro respiratório. Tem como objetivos específicos: • Corrigir a hipoxémia aguda documentada ou suspeita; • Diminuir a sintomatologia associada à hipoxémia crónica; • Diminuir a carga de trabalho imposta ao sistema cardiopulmonar.	O oxigénio pode ser dispensado através de sistemas de baixo fluxo ou de alto fluxo. Sistemas de baixo fluxo FiO2 variável, o oxigénio administrado é inalado juntamente com ar ambiente, dependente do padrão ventilatório da pessoa. Sistemas de alto fluxo Também designados por sistemas fixos, administram fluxos de oxigénio controlados, de forma constante, independentemente do padrão ventilatório da pessoa. Sistemas e Interfaces 
Sistemas de baixo fluxo  Sonda ou cateter nasal Óculos ou cânulas nasais Máscaras faciais simples	Sonda nasal  Débitos de 1 a 8 L para FiO2 de 22 a 45%. A sonda afeta a produção de secreções, devendo ser substituída por uma nova pelo menos de 8/8horas (preferencialmente na narina oposta). Evitadas em pessoas com trauma maxilo-facial, fratura da base do crânio, obstrução nasal e alterações da coagulação. Menos usadas (substituídas pelos óculos nasais).
Óculos ou cânulas nasais Facilitadores na alimentação e comunicação. Não são recomendados para pessoas com alterações da integridade nasal. Existe variável concentração de FiO2 pela respiração boca/nariz (não há consenso nos autores). Indicada para débitos entre 1 a 6L/min para FiO2 de 24 a 44%. Superior a 6L aumenta o risco de irritação da mucosa sem oferecer benefícios. Para fluxo entre 1 a 4 L/min não há necessidade de humidificação suplementar. 	Máscara facial Método mais seguro (de baixo fluxo). O O2 é armazenado no corpo da máscara entre inspirações e a expiração ocorre nos orifícios laterais Indicada para débitos de 5 a 8 L/min - FiO2 40 a 60% Evitar débitos inferiores a 5L/min, aumentam o risco de reinalação de CO2 (para FiO2 menor que 30 a 35%, não são recomendadas) Considerada a menos confortável (sensação de claustrofobia). Frequentemente retirada pela pessoa ou para prestação de cuidados. 



Sistemas de alto fluxo

Máscara de venturi

Máscara com reservatório (máscara de alto débito)

Máscara de venturi

Fornece alto fluxo de oxigénio, suficiente para exceder o fluxo inspiratório da pessoa.

Possui diversos adaptadores (cores diferentes), que dispensam fluxo de oxigénio fixo, variando entre 24% a 50% com débitos de 5 a 12L/min.

Recomendada para uso em ambiente hospitalar devido ao alto fluxo inalado e possíveis efeitos tóxicos.



Máscara com reservatório (máscara de alto débito)

Esta máscara possui um saco reservatório.

Fornece um fluxo de oxigénio mais alto que a máscara simples, mas este está sujeito a uma diluição de ar pelo reinalador parcial.

Permite um fluxo de oxigénio entre 60% a 80% com débitos entre 7 a 10L/min.

O fluxo deve garantir que o saco esvazie apenas um terço durante a inspiração, prevenindo acumulação no sistema.



Inaloterapia



Terapêutica Inalatória

- Método preferencial, considerada uma das vias mais eficazes no tratamento de diversas patologias respiratórias agudas ou crónicas.
- Demonstra vantagens bem documentadas, um início de ação mais rápido, utilizando menor quantidade de fármaco para obter o mesmo efeito terapêutico e menos efeitos secundários.
- Esta terapêutica está indicada em patologias como Asma; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC); Fibrose quística; Bronquiectasias; e outras patologias respiratórias que apresentam acumulação de secreções brônquicas.



Sequência na administração

- A sequência de administração de inaladores deve obedecer a critérios de eficácia de ação.
- Deve iniciar com broncodilatadores de ação curta (SABA), seguidos de broncodilatadores (anticolinérgico) e, por último, anti-inflamatórios (corticosteróides, 5 a 10 minutos depois).
- Memorando:
 - S - Salbutamol
 - A - Atrovent
 - B - Beclometasona.



Dispositivos Inalatórios

Cada dispositivo tem indicação de técnicas de utilização específicas, para obter o resultado esperado deverá ser executada a técnica inalatória de forma correta.

Inalador Pressurizado Doseável ou de dose controlada

* (Metered Dose Inhaler - MDI ou Pressurized Metered Dose Inhaler - pMDI) podendo estes ser utilizados com ou sem câmara espaçadora

Inaladores de Pó Seco

* (Dry Powder Inhaler - DPI)

Sistemas Nebulizadores

* (de jato ou pneumático e ultrassónico)

Inaladores Pressurizados Doseáveis (pMDI)

São dos inaladores mais antigos.

Disponíveis no mercado: beta 2-agonistas, corticosteróides, anticolinérgicos.

Libertam uma mistura de dose fixa do fármaco.

A administração correta é fundamental, por isso, recomenda-se frequentes reavaliações da técnica e reforço de ensino.



Inalador Pressurizado

Vantagens	Desvantagens
Baixo custo	Dificuldade em ativar o dispositivo e iniciar a inspiração (coordenação mão-pulmão)
Portáteis	Efeito "cold freon" (suster a inspiração após sensação de aerossol frio na orofaringe)
Discretos (pelo tamanho)	Aumento dos efeitos secundários devido a elevada deposição na orofaringe
Prontos a usar	Possível efeito broncoconstritor pela mistura propelente/aditivos
Não são significativamente afetados pelas condições atmosféricas	

Técnica Inalatória

Inalador Pressurizado

- Remover a embalagem, aquecê-la à temperatura ambiente e readaptá-la ao dispositivo;
- Retirar a tampa e agitar o dispositivo (manter a posição vertical);
- Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) com o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;
- Inclinar ligeiramente a cabeça para trás (diminui o ângulo reto entre a orofaringe e a traqueia);
- Realizar uma expiração lenta e forçada (até à capacidade de reserva funcional);
- Colocar o inalador entre os lábios fechados;

Técnica Inalatória

Inalador Pressurizado com câmara expansora

- Remover a embalagem, aquecê-la à temperatura ambiente e readaptá-la ao dispositivo;
- Retirar a tampa e agitar o dispositivo (manter a posição vertical);
- Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-la à câmara expansora;
- Realizar uma expiração lenta;
- Colocar o bucal na boca, fechando os lábios;
- Nas câmaras com máscara, esta deve estar bem adaptada à cara;
- Ativar o MDI;
- Não agitar a câmara expansora;

Inaladores Pressurizados Doseáveis (pMDI) com Câmara Expansora

A câmara expansora é recomendada para ultrapassar a dificuldade na coordenação "mão-pulmão".



Inalador Pressurizado com câmara expansora

Vantagens	Desvantagens
Não necessita de coordenação com a inspiração;	Pouco portáteis;
Ausência do efeito "cold-freon";	Dosagem irregular, principalmente se a limpeza não for adequada;
Menor deposição na orofaringe;	Funcionamento inadequado da válvula;
Podem ser usadas em todas as idades;	Diminuição do efeito terapêutico, por tempo excessivo entre a ativação do MDI e a inalação (deposição de partículas nas paredes da câmara);
Podem ser usadas em doentes ventilados (adaptadores próprios).	Menor distribuição pulmonar

Fig. 1. Ferramenta de Recorte
A captura de ecrã foi copiada para a área de transferência
Guardado automaticamente na pasta de captura de ecrã.

Técnica Inalatória

Inalador Pressurizado

- Começar a inspirar lentamente e ativar o pMDI;
- Continuar a inspirar lentamente até atingir a capacidade pulmonar total (cerca de 3 a 5 segundos);
- Realizar pausa inspiratória durante 10 segundos;
- Realizar uma expiração forçada;
- Aguardar entre 30 segundos a 1 minuto para realizar outra inalação (se prescritas);
- Voltar a colocar a tampa e guardar;
- Lavar a cavidade bucal.

Inalador Pressurizado com câmara expansora



- Entre a ativação do MDI e a inspiração não exceder os 30 segundos;
- Inspirar lentamente até à capacidade pulmonar total;
- Suster a respiração durante 10 segundos;
- Pode realizar-se uma segunda inalação lenta para assegurar o esvaziamento da câmara e completar a dose administrada;
- Deve aguardar entre 30 segundos a 1 minuto até repetir nova ativação do MDI;
- Lavar a cavidade bucal (se inalados corticóides).

Limpeza e manutenção

Na utilização de câmara expansora, é essencial o ensino da correta utilização, mas também na limpeza e manutenção.

Devem ser desmontadas todas a peças, semanalmente, e lavada com detergente suave.

Após secagem, deve ser montada e testada a válvula antes da utilização.

Devidamente guardada, evitando partículas de gordura ou pó.

Substituídas com periodicidade mínima anual.

Se existirem fissuras deve-se substituir de imediato.

Inaladores de pó seco (DPI)

A inalação do pó é ativada pelo ar inspirado, sendo a libertação e deposição do fármaco dependente do fluxo inspiratório.

A técnica correta consiste numa inspiração rápida.

Dividem-se em dois grupos, dependendo do número de fármacos que possuem: dispositivos de **unidose** e **multidose**.

Dispositivos de **unidose** consistem numa cápsula (que contém pó) e é colocada no dispositivo, sendo de utilização única.

Dispositivos **multidose** consiste em várias doses armazenadas do fármaco, sem necessidade de ser recarregado a cada uso.

Inaladores de pó seco

Vantagens	Desvantagens
Portáteis e discretos;	Requerem um débito inspiratório igual ou superior a 30L/min;
Não necessitam de coordenação inspiratória;	Requerem uma inspiração rápida;
Não possuem propelentes;	Possibilidade de perda de eficácia do fármaco em ambientes húmidos;
Quantidade de fármaco existente no dispositivo conhecida;	Em geral o custo é superior aos MDI.
Podem ser usados em crianças com idade superior a 6 anos de idade.	

Para recordar

- Cada inalador requer uma técnica específica.
- Não existe um inalador ideal, a seleção deve ser individualizada, de acordo com as necessidades e características de cada pessoa.
- As pessoas com exacerbação grave devem, preferencialmente, usar um inalador pressurizado com câmara expansora ou nebulizador.
- É fundamental usar a técnica correta, assim como uma limpeza e manutenção adequadas.

Bibliografia

Cordêiro, M. C. O., & Menotta, E. C. P. C. (2012). MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA Conceitos, Princípios e Técnicas. (pp.345-356). 1ª Edição, Loures: Lousolândia

Cordêiro, M. C. O., & Menotta, E. C. P. C. (2012). MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA Conceitos, Princípios e Técnicas. (pp.372-392). 1ª Edição, Loures: Lousolândia

Casado, S. A. C., Felgueiras, S., Rodrigues, U., Mendes, E., Preto, L., & Novo, A. (2022). Reabilitação respiratória em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica – Protocolo de estudo. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 5(2), 1-6. <https://doi.org/10.33394/rper.2022.197>

Apêndice IV - Relato de caso: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação da marcha, na pessoa com Acidente Vascular Cerebral



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico:

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação da marcha, na pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Elaborado por:

Ana Isabel Figueiredo

Nº de Estudante: 2023069

Professor orientador:

Professor Doutor Luís Sousa

Enfermeira orientadora:

EEER Mónica Fernandes

Barcarena, Novembro 2024

Enfermagem de Reabilitação na capacitação para a marcha com a pessoa após acidente vascular cerebral

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior de Saúde Atlântica
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico:

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação da marcha, na pessoa com
Acidente Vascular Cerebral

Elaborado por:

Ana Isabel Figueiredo

Nº de Estudante: 2023069

Professor orientador:

Professor Doutor Luís Sousa

Enfermeira orientadora:

EEER Mónica Fernandes

Barcarena, Novembro 2024

Enfermagem de Reabilitação na capacitação para a marcha com a pessoa após acidente vascular cerebral

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

Enfermagem de Reabilitação na capacitação para a marcha com a pessoa após acidente vascular cerebral

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

FR – Frequência respiratória

OE - Ordem dos Enfermeiros

RFM - Reeducação funcional motora

Sp O₂ – Saturação periférica de oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

RESUMO

INTRODUÇÃO: Reconhecido como a principal causa de mortalidade e incapacidade funcional permanente, o acidente vascular cerebral manifesta-se através de défices neurológicos ou motores.

OBJETIVO: Identificar os ganhos obtidos com a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral, na capacitação para a marcha.

MÉTODO: Estudo de investigação qualitativa, do tipo relato de caso clínico, baseado nas orientações Case Report Guidelines CARE, através da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação (ER) a nível da força muscular, do equilíbrio e marcha.

RESULTADOS: Verificou-se uma evolução significativa na recuperação funcional e na satisfação da pessoa.

CONCLUSÃO: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação evidencia ganhos efetivos em saúde, nomeadamente ao nível da força muscular, do equilíbrio, e da marcha, promovendo a independência funcional.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, Relato de Caso

ABSTRACT

INTRODUCTION: Stroke is the leading cause of mortality and permanent functional disability, characterized by neurological or motor deficits.

OBJECTIVE: To assess the benefits of the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in improving gait in individuals with stroke.

METHOD: Qualitative case report study, based on the CARE Case Report Guidelines, through the implementation of a rehabilitation nursing program focused on muscle strength, balance, and gait.

RESULTS: A significant improvement in functional recovery and patient satisfaction was observed.

CONCLUSION: The intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing demonstrates effective health outcomes, particularly in muscle strength, balance, and gait, promoting functional independence.

KEYWORDS: Stroke, Rehabilitation Nursing, Case Report

Índice

INTRODUÇÃO.....	10
MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
APRESENTAÇÃO DO TEMA DO CASO CLÍNICO.....	18
Anamnese.....	18
Antecedentes pessoais.....	18
Alergias.....	18
Terapêutica habitual.....	19
História Atual.....	20
Admissão na enfermaria.....	20
Avaliação de Enfermagem de Reabilitação.....	21
Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....	24
Programa de Enfermagem de Reabilitação.....	28
RESULTADOS.....	35
DISCUSSÃO.....	37
Considerações Finais.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	40
APÊNDICES.....	45
Capa.....	45
ANEXOS.....	46
Escala de Avaliação da Força muscular.....	46
Escala de avaliação de equilíbrio.....	47
Escala de avaliação de marcha.....	48

Índice de Tabelas

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.....	24
Programa de Enfermagem de Reabilitação.....	29
Escala de Avaliação da Força Muscular.....	32
Avaliação de equilíbrio.....	33
Avaliação da marcha.....	34

Este relato de caso foi elaborado no decorrer do presente estágio, no Hospital Curry Cabral, no Serviço de Medicina 7.1, CRI Coluna. É um serviço que abrange um vasto leque de diferentes patologias, e optei por realizar este trabalho com a pessoa com patologia cerebrovascular, por ser uma área na qual quero aprofundar conhecimentos específicos.

De acordo com informação da DGS, 2011, o acidente vascular cerebral é considerado a causa prevalente de mortalidade e incapacidade permanente em Portugal, com afeção do cérebro, podendo manifestar-se através de uma deficiência súbita.

Em 2021, as doenças cardiovasculares mantiveram-se como principal causa de óbitos em Portugal (32 452), (apresentando uma descida de 6,2% em relação ao ano anterior). Representaram 25,9% do total de óbitos, destacando-se as 9 613 mortes por acidentes vasculares cerebrais, representando 7,7% da mortalidade total (apesar deste valor representar uma descida de 16,0% em relação ao ano anterior). (INS,2023)

Sabe-se que os fatores de risco têm uma prevalência elevada em Portugal, sugerindo-se, por isso, a adoção de medidas preventivas e a sua correção antecipada e, definindo como objetivos a promoção da saúde e otimização da qualidade de vida. Os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis como a hipertensão, a Diabetes Mellitus, dislipidémia, doenças cardiovasculares, tabagismo, alcoolismo, consumo de estupefacientes, a obesidade e o sedentarismo, ou em não modificáveis, como a idade, o sexo, a raça, antecedentes familiares, entre outros (Murphy & Werring, 2023).

O AVC é definido como uma patologia clínica de início súbito, apresentando alterações focais ou globais, e manifestando-se através de défices neurológicos ou motores. Pode ser classificado em isquémico ou hemorrágico, dependendo da sua causa. No AVC isquémico existe uma obstrução vascular originando isquemia, enquanto no AVC hemorrágico ocorre uma hemorragia no tecido cerebral (Mateus et al.,2017).

Proporcionalmente, os AVCs hemorrágicos são menos prevalentes, ocorrendo em 15% dos casos, enquanto os isquémicos correspondem a 85%. (SPAVC, 2023).

No contexto de um AVC de origem isquêmica, há distinção entre os eventos trombóticos e embólicos. Os trombóticos acontecem quando um coágulo (trombo) se forma numa das artérias cerebrais, impedindo o fluxo sanguíneo. Podem envolver artérias de grande ou pequeno calibre. No caso de um AVC embólico, um coágulo sanguíneo desloca-se pela corrente sanguínea até o cérebro, obstruindo uma artéria cerebral. Geralmente, esse êmbolo tem origem no coração. (SPAVC, 2023).

Independentemente da causa ser devido a um trombo ou a um êmbolo, o AVC isquêmico resulta na obstrução de um vaso sanguíneo, comprometendo o fornecimento de sangue às células cerebrais. (SPAVC, 2023).

No AVC hemorrágico ocorre uma hemorragia intracraniana (de um vaso sanguíneo no cérebro) ou, em casos mais raros, uma hemorragia subaracnoideia (entre o cérebro e o crânio) (SPAVC, 2023).

Nestes eventos, as lesões podem resultar de uma irrigação insuficiente das células cerebrais, assim como da pressão sobre as estruturas nervosas adjacentes gerada pelo derrame. (SPAVC, 2023).

As consequências do AVC podem impactar de diferentes formas a vida da pessoa, dependendo da área atingida, da gravidade da lesão e da sua condição de saúde. Podem manifestar-se como incapacidades ou deficiências em alterações motoras, função sensorial, função perceptiva, alimentação, eliminação ou alterações do comportamento. (Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2023)

Qualquer ciência necessita de um alicerce de conhecimento sustentado por evidência científica verificável. Também na Enfermagem é relevante suportar a prática clínica nos referenciais teóricos da disciplina. De acordo com estudos, é consensual que a prática clínica dos EEER segue, predominantemente, os princípios da Teoria de Transições de Afaf Meleis e da Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018, citado por Ribeiro et al., 2021).

Meleis descreve a transição como alteração de uma fase, condição ou estado para outro, sendo uma mudança o fator que dá origem a este processo (Meleis et al., 2000). Esta teoria sugere que a disciplina de Enfermagem se conecta às transições experimentadas pela pessoa, com foco na promoção da saúde e do bem-estar. Desta forma,

torna-se essencial o Enfermeiro perceber os processos de transição aos quais a pessoa está sujeita e desenvolver a sua prática para a ajudar na recuperação (Meleis, 2012; Ribeiro, 2017).

No seu referencial teórico, Meleis diferencia as transições em transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais (Meleis, 2012).

Deparando-se com uma ou mais alteração na funcionalidade, a pessoa irá vivenciar um ou mais processo de transição. Este estudo foi baseado nas teorias de Afaf Meleis.

Comparando com outros estudos, alterações no equilíbrio corporal e na marcha são condicionantes para a independência funcional da pessoa e para a realização das AVD's (Rocha et al., 2020).

Os Padrões de Qualidade orientam a prática de ER com foco nos enunciados para a satisfação da pessoa, promoção da saúde, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e o autocuidado, readaptação e reeducação funcional, promoção da inclusão social e melhoria da organização dos cuidados de Enfermagem (OE, 2018).

Diante do surgimento de alterações na dependência funcional, a pessoa vê-se envolta no processo de transição, onde a intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) é de suma importância, como está definido nas competências específicas cuidar da pessoa ao longo da vida, conceber planos de cuidados especializados, capacitando a pessoa na sua autonomia e independência no autocuidado, objetivando a sua máxima funcionalidade (OE, 2019).

O EEER tem como propósito evitar complicações e agir para otimizar funções residuais, preservar ou restaurar a independência da pessoa, atenuando, assim, a sua incapacidade funcional (OE, 2019).

Conforme o Regulamento das competências específicas do EEER, “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-

lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019). É importante que sejam percebidos os processos de transição experienciados pela pessoa, detetando as suas necessidades e tidas em conta as suas expectativas nesta fase para que sejam identificados os diagnósticos e concebido um programa de ER adequado e individualizado.

No AVC, a reabilitação representa um processo contínuo, paulatino com a finalidade de possibilitar que a pessoa com incapacidade funcional ou deficiência atinja o seu nível máximo de desempenho físico, cognitivo, emocional, comunicativo e social (Tanlaka et al., 2023).

Este estudo relata a aplicação de um programa de ER, focado na reeducação funcional motora (RFM) na pessoa com AVC. O programa foi construído a partir dos focos Movimento Muscular, Equilíbrio Corporal e Andar com Auxiliar de Marcha comprometidos. Foram elaborados os diagnósticos e as intervenções de enfermagem de acordo com Ontologia e o Padrão Documental da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e sustentado em dados recolhidos através de instrumentos de avaliação, sendo Medical Research Council (MRC), Escala de Tinetti e Índice de Barthel.

Busca-se entender, através dos benefícios alcançados, a relevância da atuação do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa que sofreu um AVC.

Foi definida como questão norteadora da pesquisa quais os ganhos da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação para andar com auxiliar de marcha na pessoa com AVC.

Estudo de abordagem qualitativa, no formato de relato de caso clínico, fundamentado nas diretrizes do Case Report Guidelines CARE, com o propósito de identificar e refletir sobre os impactos positivos da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação com a pessoa com incapacidade devido a Acidente Vascular Cerebral.

Foi realizada uma revisão concisa da literatura, incluindo artigos científicos, livros especializados, documentos de referência para a ER e pesquisa em bases de dados com os descritores estabelecidos. (Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, Capacitação, Equilíbrio Corporal).

Tendo por base o Código Deontológico (OE, 2015), foram respeitados os princípios éticos dos Valores Humanos o exercício do Enfermeiro, princípios de beneficência, da não maleficência, respeito pela autonomia, justiça e vulnerabilidade.

A pessoa foi informada sobre o objetivo do estudo, esclarecidas as necessidades de recolha de dados, de confidencialidade e após perceber a informação assinou o consentimento informado, livre e esclarecido para autorizar a participação no estudo.

O relato de caso clínico inclui a avaliação da pessoa, os diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem de reabilitação, refletindo sobre os resultados obtidos através do programa de enfermagem de reabilitação elaborado com a pessoa, após ser desenvolvido com base nas suas necessidades e expetativas (Sampaio, 2024)

Este estudo foi realizado perante uma pessoa que, após sofrer um AVC isquémico, apresenta hemiparésia direita. Foi iniciada a recolha de dados através da anamnese, consulta do processo clínico e exames complementares de diagnóstico (Sampaio, 2024).

A fim de respeitar a confidencialidade da pessoa e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (2016), a pessoa será mencionada por Sr. P.

Neste estudo apresento o caso de uma pessoa do sexo masculino, 63 anos de idade, que exerce a profissão de agente imobiliário. Reside com a esposa, anteriormente independente nas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Como antecedentes pessoais tem história conhecida de:

- Doença Cardiovascular extensa com: história de AVC isquêmico em 2018, (com referência a ateromatose carotídea e vertebrobasilar), aparentemente sem sequelas; AVC isquêmico em Set 2024 (oclusão da artéria basilar - submetido a tratamento endovascular + colocação de stent);
- Doença carotídea diagnosticada em Setembro de 2024 (seguido em consulta para estudo);
- Doença arterial periférica bilateral;
- Ex-tabagismo (suspensão 9/24).

Sem alergias conhecidas.

Cumprimento como terapêutica habitual:

- Atorvastatina 40 mg;

-Dapagliflozina 10 mg;

-Diazepam 5 mg;

-Enoxaparina sódica 40 mg;

- Losartan 50 mg;

-Ticagrelor 90 mg;

-Amlodipina 5 mg;

- Salmeterol 25 mg;

- Ácido Acetilsalicílico 150 mg.

No dia 22 de Outubro de 2024 foi atendido no serviço de urgência (SU) do Hospital São José devido a quadro de descoordenação nos membros superior e inferior direitos e sensação de dormência no membro superior direito, com hora de início imprecisa.

Ativada Via Verde na triagem constatando-se apenas dificuldade nas provas de coordenação à direita, sem alteração a nível motor ou sensitivo.

Realizou Tomografia Axial Computorizada (TAC) no qual não foram identificadas lesões, Angiotomografia que mostrou patência do stent da artéria basilar, persistência da oclusão crônica de M2 direito e relata de novo estenose carotídea esquerda por aparente placa ulcerada.

Não foi submetido a terapêutica aguda de reperfusão por não ter oclusão arterial e apresentar NIHSS baixo. Avaliados sinais vitais, de relevante TA sistólica na ordem dos 190. Foi admitido na Unidade Cerebro Vascular para vigilância e estudo vascular.

Por se apresentar hemodinamicamente estável, tem indicação para transferência para o internamento para o Serviço de Medicina 7.1 para manter vigilância e continuidade de cuidados, com indicação para iniciar programa de reabilitação.

Admissão na enfermaria

Transferido para o serviço de Medicina 7.1 dia 26/10/2024 com diagnóstico de AVC de pequenos vasos radiário à esquerda. Segundo avaliação de Enfermagem, vigil, orientado no tempo, espaço e na pessoa, cumpre ordens. Força Muscular reduzida no membro inferior direito e membro superior direito. Eupneico em repouso, sem sinais de dificuldade respiratória, com SpO2 de 95% sem necessidade de aporte de O2.

Aquando a primeira abordagem, o sr. P apresentava-se consciente, orientado no tempo, espaço e na pessoa, cumpre ordens simples e complexas. Ansioso quanto ao seu processo de transição saúde-doença, expressa vontade envolver-se no programa de reabilitação.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, sem alterações de integridade cutânea.

Avaliados sinais vitais, normotenso e normocárdico, normoglicêmico e sem dor. Eupneico em repouso, respiração mista, simétrica, de média amplitude, frequência respiratória (FR): 17 ciclos por minuto (cpm), mas com cansaço a pequenos esforços (refere história de cansaço agravado desde Setembro, com consulta agendada para estudo), sem necessidade de aporte de oxigenoterapia com saturação periférica de oxigénio (Sp O₂): 95%.

Continente vesical e intestinal.

Refere sono reparador, sem alterações.

Não apresenta comprometimento na deglutição, cumpre dieta geral hipossalina com tolerância, requer assistência para cortar e organizar os alimentos no prato e para os levar à boca.

No momento a necessitar de ajuda parcial para realizar as AVD's

Apresenta discreta hemiparésia direita, independente na alternância de posicionamentos no leito, mas com necessidade de ajuda para adquirir posição de pé com apoio.

No final da avaliação inicial, concomitantemente com informação do processo clínico e exames complementares de diagnóstico, foram detetados os focos, formulados os diagnósticos de enfermagem e planeadas as intervenções de reabilitação correspondentes (Sampaio, 2024).

Foram abordados neste relato de caso clínico os focos:

- Equilíbrio corporal;

- Movimento muscular;

- Andar com auxiliar de marcha.

Apesar do estudo relatar estes focos, não é possível descurar a visão holística da pessoa, sendo pertinente referir que devido a fatores como a idade, a atividade profissional, a vida familiar e social, refere alguma ansiedade pela sua dependência atual. O programa de ER foi discutido e elaborado com a pessoa, respeitando a sua autonomia e expetativas. Os objetivos foram traçados para, de forma faseada, atingir a sua máxima independência funcional. Expressou vontade de adquirir capacidade para andar sozinho, para adquirir independência nas suas Atividades de Vida Diária (AVD) (Sampaio, 2024; Nunes, 2024).

Os diagnósticos de enfermagem, assim como as respetivas intervenções de enfermagem, foram identificados e construídos com na linguagem CIPE e no Padrão Documental de Enfermagem de Reabilitação.

Focos	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído no corpo direito	• Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assitado e ativo-resistido nos membros superior e inferior. • Supervisionar o movimento muscular. • Monitorizar a força muscular através de escala [MRC].
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de	• Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício

	exercício muscular e articular	muscular e articular. • Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular.
	Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	• Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular. • Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular. • Treinar técnicas de exercício muscular e articular.
Equilíbrio corporal	Equilíbrio corporal comprometido	• Avaliar equilíbrio corporal [sentado estático e dinâmico, ortostático estático e dinâmico]. • Estimular a manter equilíbrio corporal [correção postural]. • Monitorizar equilíbrio através de escala [Índice de Tinetti]. • Executar técnica de treino de equilíbrio.
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	• Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal. • Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal.
	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio	• Avaliar capacidade para executar técnica de

	corporal	equilíbrio corporal. • Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal. • Treinar sobre técnica de equilíbrio corporal.
Andar com auxiliar de marcha	Andar com auxiliar de marcha comprometido [andarilho e canadianas]	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha [andarilho e canadianas]	• Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha. • Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha
	Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha [andarilho e canadianas]	• Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha. • Instruir sobre andar com auxiliar de marcha. • Treinar a andar com auxiliar de marcha.

Após serem definidos os diagnósticos e intervenções de ER, foi elaborado com a pessoa, o programa de ER, com o propósito de aumentar a funcionalidade e reduzir a dependência (Araújo et al., 2021).

O exercício físico é essencial para as pessoas com necessidades especiais para dar resposta aos objetivos previstos pela ER. Enquanto o conceito atividade física define o movimento corporal produzido com gasto de energia, o conceito de exercício físico engloba uma atividade física programada, estruturada e de repetição, dando resposta a um objetivo. (Novo et al., 2021).

A prescrição de exercício físico deve atender a determinados critérios, tais como, frequência, intensidade, tempo ou duração, tipo de exercício, volume e progressão do treino. Estes devem ser ajustados conforme fatores como estabilidade clínica e hemodinâmica, limitações e motivação da pessoa (Novo et al., 2021).

No decorrer das sessões foram sendo avaliadas as respostas da pessoa, os sinais vitais e a tolerância aos exercícios. Foram sempre tidas em conta as medidas de segurança, a resposta e os exercícios foram evoluindo conforme a pessoa adquiriu conhecimento ou capacidade e consoante a sua tolerância, sem esforço ou ultrapassar o limite de dor (Novo et al., 2021).

De acordo com os diagnósticos e a intervenções identificados, foi elaborado o programa de enfermagem de reabilitação.

Intervenção de Enfermagem	Exercícios de Enfermagem de Reabilitação
Movimento muscular	Flexão/extensão, adução/abdução, rotação interna/externa, circundação, elevação/depressão do ombro; Flexão/extensão do cotovelo; Supinação/pronação do antebraço; Flexão/extensão do punho; Flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oponência do polegar; Flexão/extensão, adução/abdução da coxofemoral; Flexão/extensão do joelho;

	Dorsiflexão/flexão plantar; Inversão/eversão tibiotársica; Flexão/extensão dos dedos do pé; Rolamentos [lado afetado e para o lado são]; exercícios de ponte automobilização dos membros do corpo direito Facilitação cruzada Exercícios ativos-assistidos, ativos e resistidos dos membros superior e inferior
Equilíbrio corporal	Exercícios de equilíbrio estático sentado (sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão; sentado na cama com os braços esticados) e dinâmico sentado (exercer balanço ligeiro nos ombros da pessoa para avaliar a sua capacidade de resistir a este movimento); Exercícios de equilíbrio estático e dinâmico em pé: Sentar e levantar com e sem apoio; Alternância de carga nos membros inferiores, flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, abdução/adução dos membros inferiores, agachamentos realizados ao fundo da cama com supervisão; Correção postural;
Andar com auxiliar de marcha	Correção postural; Alternância de carga nos membros inferiores;

	Treino de marcha com andarilho; Treino de marcha com canadianas; Treino de subir e descer escadas
--	--

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2016), o documento Instrumentos de colheita de dados tem como propósito fornecer uma compreensão clara sobre a condição de saúde da pessoa quanto às suas respostas durante as transições vividas.

O documento é estruturado num conjunto de instrumentos para apoiar a prática profissional de EEER, sendo uma ferramenta flexível com a intenção de contribuir de forma clara para o crescimento da profissão (OE, 2016).

Para avaliar a evolução demonstrada pela pessoa com a aplicação do programa de ER foram usados instrumentos de avaliação considerados responsivos na monitorização dos ganhos obtidos.

(MRC – Medical Research Council)

MRC		Avaliação inicial	Avaliação final
Escapulo-umeral direito	Abdução	3	5
	Adução	3	5
	Flexão	3	5
	Extensão	3	5
	Rotação	3	4

Cotovelo direito	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
Antebraço direito	Pronação	4	4
	Supinação	4	4
Punho direito	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
Dedos	Flexão	3	4
	Extensão	3	4
	Adução	3	4
	Abdução	3	4
Coxofemoral direito	Flexão	3	5
	Extensão	3	5
	Adução	3	4
	Abdução	3	4
Tibiotársica direito	Flexão dorsal	3	5
	Flexão plantar	3	5

Escala de :

Índice de Tinetti (Equilíbrio)	Avaliação inicial	Avaliação final
--------------------------------	-------------------	-----------------

1 – Equilíbrio sentado	1	1
2 - Levantar-se	1	2
3 – Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	0	1
4 – Equilíbrio em pé com os pés paralelos	0	1
5 – Pequenos desequilíbrios na mesma posição	0	1
6 – Fechar os olhos na mesma posição	0	1
7 – Volta de 360° (2 vezes)	0	1
8 – Apoio unipodal	0	2
9 - Sentar-se	1	2
TOTAL	3	11

Escala de :

Índice de Tinetti (Marcha)	Avaliação inicial	Avaliação final
10 – Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida)	0	1
11 – Largura do passo (pé direito)	0	1
12 – Altura do passo (pé direito)	0	1
13 – Largura do passo (pé esquerdo)	1	1

14 – Altura do passo (pé esquerdo)	1	1
15 – Simetria do passo	0	1
16 – Continuidade do passo	0	0
17 – Percurso de 3m (previamente marcado)	0	1
18 – Estabilidade do tronco	0	1
19 – Base de sustentação durante a marcha	0	1
TOTAL	2	9

Índice de Barthel

Avaliação Inicial	Avaliação Final
40	75

Este relato de caso clínico foi realizado para avaliar a os ganhos obtidos na pessoa com sequela de hemiparésia após AVC isquêmico. Foi elaborado um programa de ER com o intuito de a capacitar para andar com auxiliar de marcha e, desta forma, maximizar a sua independência funcional.

O programa de reabilitação foi aplicado durante 4 sessões, mas ao longo destas, após adquirir conhecimento sobre a realização de alguns exercícios, a pessoa referiu que quando estava sozinha, treinava e repetia os exercícios aprendidos com conhecimento demonstrado.

Foi construída uma relação de confiança com a pessoa, tornando-se evidente o desejo de se envolver e contribuir para o desenvolvimento do programa proposto. Esse engajamento foi crucial para os resultados alcançados.

Na avaliação final foi possível perceber os ganhos adquiridos indo de encontro ao objetivo inicial. Foram objetivados ganhos no movimento muscular, no equilíbrio corporal, ainda que não apresente equilíbrio corporal dinâmico, adquiriu capacidade para apresentar equilíbrio corporal com auxiliar (canadianas) e demonstra capacidade para andar com auxiliar de marcha (canadianas).

Tabela de avaliação de resultados de diagnósticos de enfermagem:

Diagnostico de Enfermagem	Avaliacao Inicial	Avaliacao Final
Movimento muscular no corpo direito	Comprometido	Melhorado
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	Comprometido	Adquirido
Potencial para melhorar a capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular	Comprometido	Adquirido
Equilíbrio corporal	Comprometido	Melhorado
Potencial para melhorar conhecimento sobre tecnica de equilibrio corporal	Comprometido	Adquirido

Potencial para melhorar capacidade sobre tecnica de equilibrio corporal	Comprometido	Melhorado
Andar com auxiliar de marcha	Comprometido	Melhorado
Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha	Comprometido	Melhorado
Potencial para melhorar capacidade sobre andar com auxiliar de marcha	Comprometido	Melhorado

ÃO

Estabelecida a relação terapêutica que facilitou a confiança e motivação da pessoa no processo de reabilitação. Apresentou capacidade para exercícios no leito, pelo que foi elaborado um Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com objetivo de capacitar a pessoa para a marcha (Sampaio, 2024).

O programa de reabilitação foi aplicado durante quatro sessões, na segunda sessão apresentou capacidade para transferência e equilíbrio com apoio de terceiros e foi possível iniciar treino de autocuidado (higiene, vestuário, comer e beber e uso do sanitário). Na terceira sessão apresentou capacidade para a transferência sem necessidade de apoio de terceiros e equilíbrio com apoio de auxiliar de marcha. Foi iniciado treino de marcha com andador e demonstrou capacidade para realizar o autocuidado. Na quarta sessão progrediu no treino de marcha para canadianas.

A reabilitação após o AVC deve fundamentar-se em princípios gerais que priorizem intervenções terapêuticas significativas, repetitivas e progressivamente adaptadas às necessidades e à evolução funcional. A pessoa referiu que sozinho, treinava e repetia os exercícios aprendidos, o que se refletiu facilitador na capacitação para as habilidades (Araújo et al, 2021).

O objetivo principal do plano de saúde da pessoa era atingir a independência funcional anterior ao internamento. Embora não tenha atingido a máxima independência funcional, demonstrou ganhos significativos ao nível da transferência, do equilíbrio, e da marcha. Os resultados indicam a necessidade de continuidade do processo de reabilitação por um período adicional. Os ganhos verificados estão alinhados com resultados relatados noutros estudo, como o estudo conduzido por Rocha et al. (2020), nos ganhos obtidos no equilíbrio corporal na pessoa após AVC.

Foi construída uma relação sólida com a pessoa, que demonstrou ao longo de todo o programa muita vontade em participar, aprender e treinar. Depois de adquirir conhecimento e capacidade para os exercícios, treinava até à sessão seguinte e apresentava resultados de melhoria.

Com este caso clínico considero que aprofundei conhecimentos teóricos sobre a temática através da pesquisa realizada. Consolidei conhecimento e desenvolvi as competências comuns e específicas do EEER. Este trabalho foi significativo, pois possibilitou-me acompanhar a evolução da pessoa com a intervenção do EEER. Os efeitos da intervenção do EEER na pessoa com necessidades especiais foram confirmados após a aplicação do programa de ER e estão em concordância com outros estudos realizados (Raposo et al., 2020; Freitas et al., 2021).

ções Finais

A Enfermagem de Reabilitação integra competências específicas, de natureza multidisciplinar, sustentadas em conhecimentos e práticas que visam promover a máxima funcionalidade e independência de pessoas com doenças agudas, crônicas ou com sequelas (OE, 2019)

Após realizar este estudo compreendi a importância da prática diferenciada da ER. Os ganhos resultantes da intervenção de ER na pessoa são essenciais na funcionalidade e deste modo refletem uma melhoria substancial na qualidade de vida (Rocha et al., 2020).

Considero como limitações a dotação de enfermagem, visto que pelo número reduzido de enfermeiros nem sempre é possível prestar cuidados específicos de ER. Isto reflete-se na aplicação do programa estabelecido e pode atrasar a evolução da recuperação.

Realizar este estudo permitiu-me consolidar conhecimentos e aprimorar o meu desenvolvimento na prática de ER, melhorar conhecimento nas competências comuns e específicas de ER, e mantenho como objetivo pessoal continuar a investir e melhorar este trabalho.

IBLIOGRAFIA

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.

Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2023). *Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral*. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Sabooks Editora.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing and practice*.

Menoita, E.C., et al. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*.

Murphy, S. J., & Werring, D. J. (2023). Stroke: causes and clinical features. *Medicine*, 51(9) 602-607. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2023.06.003>

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. 76-82). Lidel.

Nunes, L. (2024). Autonomia e tomada de decisão. In Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (Coord.), *Enfermagem avançada* (pp. 87-93). Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015, Junho 22). *Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/350-2015-68467866>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental nos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [PDF]. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de Recolha de Dados e Documentação dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dospadrones-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, II Série, n.º 85, (pp.13565–13568). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Pestana, H. (2023). Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47-55). Sabooks Editora.

Pinto, E., Martins, M. M., Ribeiro, O. M. P. L., & Novo, A. (2022). Anti-spastic pattern positioning: A glimpse of nursing practice in the hospital context. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 20–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.196>

Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A. C., & Sousa, L. (2020). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 18–28. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.2.5756>

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (Coords.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 48–57). Lidel.

Rocha, I. J., Bravo, M. F., Sousa, L. M., Mesquita, A. C., & Pestana, H. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rocha, I. J., Bravo, M. F., Sousa, L. M., Mesquita, A. C., & Pestana, H. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Sampaio, F. (2024). Recolha de dados. In Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 299–300). Lidel.

Santos, J. T., Campos, C. M., & Martins, M. M. (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>

Santos, L. L. (2023). O processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15–23). Sabooks Editora.

Serviço Nacional de Saúde. (10 de julho 2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. República Portuguesa, Despacho n.º 12427/2016. Portugal. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Acidente Vascular Cerebral – SNS*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/02/acidente-vascular-cerebral/>

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework <https://iris.who.int/handle/10665/6721>



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de caso clínico:

Intervenção de Enfermagem de Reabilitação na capacitação da marcha, na pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Elaborado por:

Ana Isabel Figueiredo

Nº de Estudante: 202306

Professor orientador:

Professor Doutor Luís Sousa

Enfermeira orientadora:

EEER Mónica Fernandes

Barcarena, Novembro 2024

ANEXO I

(MRC – Medical Research Council)

Anexo 1. Escala de Avaliação da Força muscular (MRC-Medical Research Council)²⁰.	
0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção de movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior

ANEXO II

Escala de avaliação de equilíbrio:

Índice de Tinetti (Equilíbrio)	Avaliação inicial	Avaliação final
1 – Equilíbrio sentado		
2 - Levantar-se		
3 – Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)		
4 – Equilíbrio em pé com os pés paralelos		
5 – Pequenos desequilíbrios na mesma posição		
6 – Fechar os olhos na mesma posição		
7 – Volta de 360° (2 vezes)		
8 – Apoio unipodal		
9 - Sentar-se		
TOTAL		

ANEXO III

avaliação de marcha:

Índice de Tinetti (Marcha)	Avaliação inicial	Avaliação final
10 – Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida)		
11 – Largura do passo (pé direito)		
12 – Altura do passo (pé direito)		
13 – Largura do passo (pé esquerdo)		
14 – Altura do passo (pé esquerdo)		
15 – Simetria do passo		
16 – Continuidade do passo		
17 – Percurso de 3m (previamente marcado)		
18 – Estabilidade do tronco		
19 – Base de sustentação durante a marcha		
TOTAL		

Enfermagem De Reabilitação Na Capacitação Para A Marcha Com A Pessoa Após Acidente Vascular Cerebral

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO