

**MESTRADO**

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

# **Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio**

Beatriz Antunes Novo

**2026**





**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

---

---

**Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e  
Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso  
ao Domicílio**

---

---

Beatriz Antunes Novo

**Orientação:** Prof<sup>a</sup> Doutora Joana Marques

**Barcarena,**

**março de 2026**



O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste Relatório de Estágio Profissionalizante.



“Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos.”

(Saint-Exupéry, 1943)



## AGRADECIMENTOS

Inicio estes agradecimentos dirigindo-os às minhas duas estrelinhas da sorte, a minha Avó Tina e o meu Avô Manel. Mesmo não estando fisicamente presentes, foram pilares fundamentais: tornaram-me a pessoa que sou hoje, ensinaram-me realmente o que é cuidar com amor e enfrentar todos os desafios com resiliência — valores determinantes nesta caminhada. Pela sua importância na minha vida e pela perda durante o decorrer do Curso de Mestrado, dedico este Relatório à minha Tina!

À minha mãe, Sandra, o meu profundo agradecimento pela presença constante nos momentos de maior exigência académica, por seres o meu apoio incondicional, a minha maior fã e sobretudo por seres o meu refúgio nos momentos mais difíceis. Ao meu pai, Jaime, agradeço pelos momentos de apoio constante, pelos mimos pós-turnos e por ouvires sempre com grande entusiasmo as minhas dissertações sobre Enfermagem de Reabilitação. Obrigada mesmo aos dois por serem os meus maiores exemplos!

Ao meu irmão, João, agradeço por todo o apoio técnico aos pedidos de socorro, por partilhar este processo que é realizar um Curso de Mestrado, pelo companheirismo e sobretudo por me dar conta do juízo. Aos meus tios, Maria João e Quim, à minha Prima Ana e aos meus primos João Tomás e Manuel, um obrigada gigante por me apoiarem em todas as etapas, por compreenderem todas as ausências e pelos mimos constantes durante estes quase 2 anos. Manifesto o meu profundo reconhecimento à minha família por serem a verdadeira âncora da minha vida, pela capacidade de acolherem a minha ausência em tantos momentos. Amo-vos mais do que consigo expressar!

À Mariana e à Márcia, “A.C.” do meu coração, devo-vos este Mestrado, pois sem vocês nada disto seria possível, agradeço pela parceria incansável, pelas horas infinitas em chamada, pela presença diária e pela amizade verdadeira. Foram porto seguro e o conforto necessário nos momentos em que o cansaço, a incerteza e a ansiedade ameaçavam sobrepor-se à minha capacidade de continuar e por isso jamais encontrarei palavras suficientes para vos agradecer. Seremos para sempre a “grupeta da reclamação”, mas com a certeza de que demos o nosso máximo e o nosso melhor para sermos Enfermeiras de Reabilitação. Conseguimos e que venham daí novos desafios!

Às minhas amigas (Ana, Bruna, Cátia, Cristina, Joana, Joaninha, Liliana, Margarida, Mariana, Marta, Mónica, Raquel e Sónia), expresso o meu maior agradecimento pela motivação incessante e pelo apoio ao longo deste percurso, por acreditarem sempre em mim nos momentos em que eu própria duvidei, por me acolherem com paciência, por celebrarem cada conquista, por me reerguerem no momento

mais difícil da minha vida e pela compreensão que tiveram nos momentos de ausência e de diminuição das taxas de festas concretizadas. Agora já não há desculpas!

À Enfermeira Gestora Célia Osana e aos colegas do Serviço de Medicina Interna I, expresso a minha gratidão por me terem ajudado a tornar a Enfermeira que sou hoje, pela transmissão de conhecimentos, por todo o apoio nas trocas de turnos e sobretudo à minha equipa pela boa disposição e pelo ambiente promotor de crescimento profissional durante todos os turnos.

Às minhas Professoras Orientadoras, sobretudo à Professora Sandy Severino e à Professora Joana Marques, deixo um especial agradecimento pela disponibilidade, pela generosa dose de partilha de conhecimentos, pela paciência, pelos desafios lançados, pelo apoio nas atividades planeadas e por terem sido alicerces significativos ao longo do meu processo formativo, que teve tanto de atribulado como de enriquecedor. E um reconhecimento particular à Exma. Professora Doutora Cristina Baixinho, por ainda no Curso de Licenciatura, ter sido uma grande impulsionadora da minha escolha em relação à Enfermagem de Reabilitação.

Por fim, às minhas maiores referências de Enfermagem de Reabilitação de excelência, a Enfermeira Ângela e a Enfermeira Rute, agradeço por todos os desafios propostos, pelo apoio constante, por todos os conhecimentos partilhados e se hoje serei Enfermeira de Reabilitação, devo muito a vocês. Agradeço ainda, não só às equipas por onde passei, que me fizeram constatar que existem cuidados centrados nas pessoas para além dos livros, como também a todas as pessoas e famílias com quem cuidei, pelas aprendizagens a cada contacto.

## RESUMO

**Enquadramento:** Mediante o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência das doenças crónicas e a crescente complexidade das respostas humanas, a Enfermagem de Reabilitação representa um eixo estruturante na capacitação das pessoas e famílias, promovendo a autonomia, a maximização da funcionalidade e a realização de transições seguras, ao longo do ciclo vital. Desta forma, a análise deste percurso de aquisição de competências permite aprofundar intervenções orientadas para a capacitação da pessoa e família na readaptação funcional e regresso ao domicílio.

**Objetivo:** Analisar, crítica e reflexivamente, as atividades desenvolvidas durante o percurso formativo, evidenciando o processo de aquisição e consolidação das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

**Metodologia:** Análise crítico-reflexiva do percurso formativo, sustentada na pesquisa de literatura científica pertinente, recorrendo a bases de dados científicas disponíveis e a literatura cinzenta robusta.

**Resultados:** As atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de Estágio, sustentadas na evidência científica, evidenciaram a tendência de ganhos na capacitação da pessoa e da família, na promoção da funcionalidade e na facilitação de transições seguras para o domicílio, através de cuidados fundamentais, centrados na pessoa e adaptados à sua condição.

**Conclusão:** A experiência formativa em diferentes contextos permitiu consolidar competências avançadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, reforçando o raciocínio clínico, a tomada de decisão fundamentada e a mobilização da evidência científica, com enfoque na funcionalidade, na capacitação da pessoa e da família e em transições seguras para o domicílio, contribuindo para a construção de uma identidade profissional especializada, crítica e reflexiva.

**Palavras-Chave:** Enfermagem de Reabilitação; Transição do Hospital para o Domicílio; Readaptação Funcional; Cuidados Centrados na Pessoa; Competência Profissional.



## **ABSTRACT**

**Background:** In the context of population ageing, the increasing prevalence of chronic diseases and the growing complexity of human responses, Rehabilitation Nursing represents a structuring pillar in capacity-building processes that promote the empowerment of individuals and families, supporting autonomy, maximization of functionality and the achievement of safe transitions throughout the life course. Accordingly, the analysis of this competency development pathway enables a deeper understanding of interventions aimed at capacity-building for functional readaptation and return to the home setting.

**Objective:** To critically and reflectively analyze the activities developed throughout the training pathway, highlighting the process of acquisition and consolidation of competencies inherent to the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

**Methodology:** A critical-reflective analysis of the training pathway, supported by a review of relevant scientific literature, using available scientific databases and robust grey literature.

**Results:** The activities developed across different clinical training settings, supported by scientific evidence, highlighted a trend toward gains in capacity-building of individuals and families, reflected in enhanced empowerment, promotion of functionality and facilitation of safe transitions to the home setting, through fundamental, person-centered care adapted to the individual's functional condition.

**Conclusion:** The training experience across different settings enabled the consolidation of advanced competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, strengthening clinical reasoning, evidence-informed decision-making and the mobilization of scientific evidence, with a focus on functionality, capacity-building of individuals and families and the promotion of empowerment, supporting safe transitions to the home setting and contributing to the development of a specialized, critical and reflective professional identity.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Hospital to Home Transition; Functional Readaptation; Person-Centered Care; Professional Competence.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	29
1.1. Envelhecimento e a crescente complexidade das respostas humanas da população.....	29
1.2. Patologias prevalentes nas pessoas alvo de cuidados: Impacto na funcionalidade e autonomia .....	33
1.3. Transição de cuidados e regresso ao domicílio: A centralidade da capacitação da pessoa e família na readaptação.....	44
1.4. “E depois da alta?” – A responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação centrada na pessoa e família .....	48
<b>2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS</b> .....	55
<b>2.1. Apreciação dos Contextos de Estágio</b> .....	55
2.1.1. Apreciação do Contexto da Comunidade .....	56
2.1.2. Apreciação do Contexto de Internamento num Centro de Reabilitação.....	58
2.1.3. Apreciação do Contexto Hospitalar: Hospital de Dia de Infeciologia e Internamento de Pneumologia.....	61
<b>2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</b> .....	64
<b>2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b> ..	74
<b>2.4. Competências de Mestre</b> .....	84
<b>3. ANÁLISE SWOT</b> .....	91
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	95
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	97
<b>APÊNDICES</b> .....	i
<b>Apêndice I  </b> .....	iii
Plano de Atividades do Estágio Profissionalizante	
<b>Apêndice II  </b> .....	xxxix
Relato de Caso Clínico- Contexto de Estágio de Reabilitação na Comunidade .....	xxxix

<b>Apêndice III  </b> .....	ciii
Relato de Caso Clínico- Contexto de Estágio Profissionalizante	
<b>Apêndice IV  </b> .....	cci
Procedimento Setorial: “Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade”	
<b>Apêndice V  </b> .....	ccxxxi
Ferramenta de Apoio ao Procedimento Setorial de Prevenção de Quedas para a Equipe de Enfermagem de Reabilitação	
<b>Apêndice VI  </b> .....	ccxxiii
<i>Checklist</i> para a Avaliação da Deglutição no Centro de Reabilitação	
<b>Apêndice VII  </b> .....	ccxxvii
<i>NeuroCheck</i> : Ferramenta de Apoio ao Exame Neurológico	
<b>Apêndice VIII  </b> .....	cclix
Folheto Informativo “SOS Quedas: A Prevenção Começa em Casa”	
<b>Apêndice IX  </b> .....	cclxi
Folheto Informativo “Disfagia: Estratégias de Adaptação à Vida com Disfagia”	
<b>Apêndice X  </b> .....	cclxiii
Validação do Folheto Informativo “SOS Quedas: A Prevenção Começa em Casa”	
<b>Apêndice XI  </b> .....	cclxvii
Validação do Folheto Informativo “Disfagia: Estratégias de Adaptação à Vida com Disfagia”	
<b>Apêndice XII  </b> .....	cclxxi
Tabela de Comunicação	
<b>Apêndice XIII  </b> .....	cclxxiii
Ação de Formação sobre o Procedimento Setorial: “Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade”	
<b>Apêndice XIV  </b> .....	ccxc
Diagnóstico de Situação: “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”	

<b>Apêndice XV</b>   .....	ccci
Ação de Formação “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”	
<b>Apêndice XVI</b>   .....	cccix
Enquadramento da Ação de Formação “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”	
<b>Apêndice XVII</b>   .....	cccli
Plano da Ação de Formação “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”	
<b>Apêndice XVIII</b>   .....	ccclxiii
Questionário de Satisfação: Resultante da Ação de Formação “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”	
<b>Apêndice XIX</b>   .....	ccclxxi
Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção de quedas e promoção de estratégias”	
<b>Apêndice XX</b>   .....	ccclxxvii
Planos Semanais de Exercícios e Atividades no Domicílio para as Pessoas Alvo de Cuidados	
<b>Apêndice XXI</b>   .....	cccxc
Diário de Registos de Fim de Semana do Centro de Reabilitação	
<b>Apêndice XXII</b>   .....	cccxcvii
Tabuleiro de Estimulação Multissensorial para a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral	
<b>Apêndice XXIII</b>   .....	cccxcix
Jogo Terapêutico: “ <i>ReHab Go</i> – O Desafio do <i>Restart</i> Pós-Acidente Vascular Cerebral”	
<b>Apêndice XXIV</b>   .....	cdxlix
Questionário Breve à Pessoa Alvo de Cuidados após Realização de uma Sessão de <i>ReabGo</i>	
<b>Apêndice XXV</b>   .....	cdli
Resumos de Estudo Autónomo- <i>Webinars</i> da Ordem dos Enfermeiros	

<b>Apêndice XXVI  </b> .....	cdlxxvii
Póster Científico- “Medo de Cair na Pessoa Idosa: A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação- Relato de Caso”	
<b>Apêndice XXVII  </b> .....	cdlxxix
Póster Científico- “Enfermagem de Reabilitação: O impacto da estimulação multissensorial no autocuidado da pessoa com Acidente Vascular Cerebral”	
<b>Apêndice XXVIII  </b> .....	cdlxxxI
Vídeo: “Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado, Vida e Capacitação”	
<b>Apêndice XXIX  </b> .....	cdlxxxiii
Fotografia: “Reconexão Sensorial”	
<b>Apêndice XXX  </b> .....	cdlxxxv
Póster Científico- “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Efeitos da estimulação multissensorial no autocuidado após Acidente Vascular Cerebral”	
<b>Apêndice XXXI  </b> .....	cdlxxxvii
Aula de Apresentação do <i>NeuroCheck</i> aos colegas do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
<b>Apêndice XXXII  </b> .....	dxv
Comunicação Livre: Medo de Cair na Pessoa Idosa: Desafios e Oportunidades para a Enfermagem de Reabilitação	
<b>ANEXOS</b> .....	dxxv
<b>Anexo I  </b> .....	dxxvii
Escala de Classificação Neurológica de Lesão da Medula Espinhal da <i>American Spinal Injury Association</i>	
<b>Anexo II  </b> .....	dxxxi
Parecer da Comissão de Ética do Relato de Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na Comunidade	
<b>Anexo III  </b> .....	dxxxiii
Parecer da Comissão de Ética do Relato de Caso Clínico do Estágio Profissionalizante	

<b>Anexo IV</b>   .....	dxxxv
Declaração da Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção de quedas e promoção de estratégias”	
<b>Anexo V</b>   .....	dxxxvii
Certificado de Comissão Organizadora do Encontro de Celebração do Dia Nacional do Enfermeiro	
<b>Anexo VI</b>   .....	dxxxix
Certificado de Moderadora do <i>Webinar</i> - “Ligação entre a Academia e a Prática”	
<b>Anexo VII</b>   .....	dxli
Certificado de Comissão Organizadora do <i>Webinar</i> - “Ligação entre a Academia e a Prática”	
<b>Anexo VIII</b>   .....	dxliii
Declaração de Participação nas Formações em Serviço da Unidade de Cuidados na Comunidade	
<b>Anexo IX</b>   .....	dxlv
Certificado de Participação no <i>Webinar</i> “Dia Nacional do Enfermeiro de Reabilitação- Conhecimento, Prática e Futuro”	
<b>Anexo X</b>   .....	dxlvii
Certificado de Presença no Webinar “EaQ- Telereabilitação”	
<b>Anexo XI</b>   .....	dxlix
Certificado de Participação e Apresentação de Trabalhos no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação	
<b>Anexo XII</b>   .....	dli
Comprovativo de Aceitação de Publicação do Artigo Científico “Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling”	
<b>Anexo XIII</b>   .....	dliii
Comprovativo de Aceitação de Publicação do Artigo Científico “Rehabilitation Nursing: A transformative perspective focused on the person, family, and community”	
<b>Anexo XIV</b>   .....	dlv
Certificado de Presença no 2º Seminário do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão	

<b>Anexo XV</b>   .....	dlvii
Certificado de Presença nas 1 <sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem de Reabilitação- “A Transição de Cuidados de Reabilitação” da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental	
<b>Anexo XVI</b>   .....	dlxi
Declaração de Participação no 1º Encontro das Unidade de Cuidados na Comunidade- “Cuidar (n)a Comunidade”	
<b>Anexo XVII</b>   .....	dlxii
Certificado de Presença no <i>Workshop</i> “Reabilitação Respiratória: Impacto do treino dos músculos respiratórios” do 2º Seminário do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão	
<b>Anexo XVIII</b>   .....	dlxiii
Certificado de Presença no <i>Workshop</i> “A inovação tecnológica ao serviço da Reabilitação” do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação	
<b>Anexo XIX</b>   .....	dlxiv
Certificado de Apresentação de Vídeo no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação	
<b>Anexo XX</b>   .....	dlxvii
Diploma de 2º Prémio para Póster no 1º Encontro das Unidade de Cuidados na Comunidade- “Cuidar (n)a Comunidade	
<b>Anexo XXI</b>   .....	dlxix
Declaração da Ação de Formação “Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade”	
<b>Anexo XXII</b>   .....	dlxxi
Certificado do Curso <i>Online</i> “ <i>STEADI: Empowering Healthcare Providers to Reduce Fall Risk</i> ”	

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Diagrama do Referencial Teórico que alicerça a Capacitação da Tríade dos Cuidados .....	50
<b>Figura 2.</b> Focos de atenção de ER desenvolvidos em contexto de Estágio .....	64
<b>Figura 3.</b> Análise SWOT do percurso enquanto estudante do Curso de MER .....	91



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- *American Psychological Association*

APER- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

ASIA- *American Spinal Injury Association*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CI- Cuidador Informal

CIER- Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação

CIF- Classificação Internacional para a Funcionalidade

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CR- Centro de Reabilitação

DGS- Direção-Geral da Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP- Estágio Profissionalizante

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA- Escola Superior de Saúde Atlântica

FES-I- *Falls Efficacy Scale-International*

FITT-VP- Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo de Exercício, Volume e Progressão

FROMs- *Family-Reported Outcome Measures*

GUSS- *Gugging Swallowing Screen*

IC- Insuficiência Cardíaca

ICN- *International Council of Nurses*

INE- Instituto Nacional de Estatística

LVM- Lesão Vértebro-Medular

MER- Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MIF- Medida de Independência Funcional

mmHg- Milímetro de Mercúrio

MNT- Micobactérias Não Tuberculosas

MRC- *Medical Research Council*

NER- Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação

NICE- *National Institute for Health and Care Excellence*

NYHA- *New York Heart Association*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA- Plano de Atividades

PBE- Prática Baseada na Evidência

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

PRAISE- *Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy*

PREMs- *Patient-Reported Experience Measures*

PROMs- *Patient-Reported Outcome Measures*

QoL-B- *Quality of Life Questionnaire – Bronchiectasis*

RCC- Relato de Caso Clínico

REP- Relatório de Estágio Profissionalizante

RNAO- *Registered Nurses Association of Ontario*

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR- Reabilitação Respiratória

SNS- Serviço Nacional de Saúde

STEADI- *Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries*

SWOT- *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico

TOT- Treino Orientado por Tarefa

TUG- *Timed Up and Go Test*

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

UT- Unidade Terapêutica

VD- Visita Domiciliária

WHO- *World Health Organization*



## INTRODUÇÃO

No decurso da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante (EP), integrada no 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), desenvolveu-se um percurso formativo orientado para a consolidação progressiva de competências avançadas, culminando na elaboração do presente Relatório de Estágio Profissionalizante (REP). Este constitui um marco estruturante na afirmação da identidade profissional especializada, assumindo particular relevância no processo de transição de Enfermeira para Enfermeira Especialista, especialmente como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021a).

O REP tem como finalidade demonstrar, de forma sistematizada e criticamente fundamentada, a concretização gradual dos objetivos de aprendizagem ao longo da prática supervisionada, evidenciando a integração progressiva das competências que caracterizam a essência profissional do EEER. Para tal, consubstanciou-se um trajeto de *práxis* assente na integração de três contextos de Estágio distintos: inicialmente, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região da Grande Lisboa, entre maio e julho de 2025; posteriormente, num Centro de Reabilitação (CR) de referência nacional, entre setembro e dezembro de 2025; e, por fim, no Hospital de Dia de Infeciologia e Internamento de Pneumologia, pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Grande Lisboa, com enfoque no processo respiratório, em dezembro de 2025. A diversidade e a complementaridade destes contextos, permitiram vivenciar diferentes realidades de cuidados e aprofundar intervenções especializadas em Enfermagem de Reabilitação (ER), sustentadas no raciocínio clínico avançado.

A pertinência desta temática advém da complexidade que caracteriza o regresso ao domicílio, etapa crítica para a pessoa e família e frequentemente permeada por vulnerabilidade, insegurança e necessidade de readaptação funcional às rotinas do quotidiano. Neste âmbito, o EEER assume uma responsabilidade preponderante enquanto facilitador da transição saúde-doença, promovendo processos de capacitação que fortalecem a autonomia, a funcionalidade e a continuidade dos cuidados no domicílio (C. Oliveira et al., 2021; L. Sousa et al., 2020). Assim, a capacitação da pessoa e família emerge como foco estruturante e eixo central deste REP. Distante de um mero repositório descritivo de atividades, este Relatório expressa um processo reflexivo e deliberativo que permitiu transformar a experiência clínica em conhecimento profissional significativo. Tal processo evidencia a natureza indissociável entre teoria e prática: a teoria orienta, sustenta e dá sentido à intervenção; a prática, simultaneamente, questiona, enriquece e valida a teoria, produzindo evidência científica, concedendo

robustez ao saber da disciplina e contribuindo para o avanço da ciência, disciplina e profissão de Enfermagem.

A Enfermagem, segundo o *International Council of Nurses* (ICN), constitui-se como uma profissão científica e regulada, sustentada num corpo próprio de conhecimentos, competências técnicas, julgamento clínico e relação terapêutica, orientada para promover a saúde, prevenir a doença, proteger a segurança da pessoa e facilitar processos de adaptação ao longo do ciclo vital (White et al., 2025). Neste contexto, a arte de cuidar com competência integra conhecimentos, habilidades e atitudes que traduzem o “saber”, o “saber-fazer”, o “saber-ser” e o “saber-estar”, exigência acentuada face à crescente complexidade dos cuidados, marcada pelo envelhecimento populacional e pela prevalência de doenças crónicas (Barata, 2023; Instituto Nacional de Estatística, 2025). Assim, a ER assume particular pertinência ao garantir respostas diferenciadas e ajustadas aos desafios emergentes dos sistemas de saúde (Gaspar et al., 2021). O EEER detém uma responsabilidade crucial ao elaborar, implementar e avaliar planos de cuidados individualizados, assentes na identificação e análise das respostas humanas, que emergem da interação da tríade relacional da parceria de cuidados— pessoa, família e EEER (Pestana, 2023a).

Destarte, torna-se imprescindível reconhecer que o EEER, tanto em contextos comunitários como em contextos hospitalares e em CR, constitui um verdadeiro vetor de mudança, alicerçado no paradigma da transformação e sustentado pelos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). Estes domínios garantem uma atuação com base nas premissas da responsabilidade profissional, ética e legal; da gestão dos cuidados com enfoque na melhoria contínua da qualidade dos cuidados; e do compromisso com o desenvolvimento de aprendizagens ao longo do percurso profissional. Enquanto futura EEER, tornou-se imperativo, ao longo dos Estágios, concretizar o desígnio expresso no Artigo 4.º do Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), orientado para o cuidar com as pessoas e famílias com necessidades especiais, limitações da atividade e restrições da participação, de modo a potenciar a autonomia, melhorar a funcionalidade, facilitar a realização das Atividades de Vida Diária (AVD) e promover a readaptação funcional, através do processo de capacitação (L. Sousa et al., 2020). A consolidação desta identidade profissional assenta na integração das competências de mestre, que permitem aprofundar e consolidar conhecimentos e capacidades previamente adquiridos, fortalecer o pensamento crítico e intervir na resolução de problemas em contextos complexos e transdisciplinares (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Face ao exposto, o objetivo geral deste REP consiste em analisar, critica e reflexivamente, as atividades desenvolvidas durante o percurso formativo, evidenciando o processo de aquisição e consolidação das

competências inerentes ao EEER. Estabelecem-se como objetivos específicos: (1) Descrever as atividades desenvolvidas no decorrer dos contextos de Estágio, articulando-as com os domínios das competências do EEER; (2) Refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre do EEER e (3) Articular os referenciais teóricos e a evidência científica que fundamentam a responsabilidade do EEER na capacitação da pessoa e família para a readaptação e regresso ao domicílio. Para tal, adotou-se uma metodologia baseada na análise crítico-reflexiva do percurso formativo, sustentada pelo mapeamento da evidência científica pertinente através de uma pesquisa de literatura, utilizando as palavras-chave previamente identificadas, recorrendo a bases de dados científicas (*PubMed* e a plataforma *EBSCOHost*) e privilegiando publicações dos últimos cinco anos. Recorreu-se, ainda, a literatura cinzenta robusta, nomeadamente documentos de referência de âmbito nacional e internacional, de reconhecida relevância científica e institucional.

O presente REP estrutura-se em cinco capítulos: a introdução, o enquadramento concetual, a análise crítico-reflexiva das competências, a análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) e as considerações finais. Encontra-se em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, com os Guias da ESSATLA (2022, 2025) e as normas de referência da *American Psychological Association* (APA), 7.ª edição (Carlos Lopes, 2021). Ressalva-se que a Inteligência Artificial foi utilizada apenas para apoio à clareza da linguagem e tradução, não tendo sido empregue na geração de conteúdos ou referências, sendo a autora responsável pela integridade do REP.



## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“O poder da reabilitação está nas pessoas.”

(Vargas et al., 2025, p.6)

O presente capítulo estabelece o enquadramento conceptual que sustenta o REP, clarificando e integrando os fundamentos que alicerçam a ER e articulando os principais determinantes que influenciam a funcionalidade e a autonomia das pessoas ao longo do ciclo de vida. São abordadas as implicações do envelhecimento e das patologias prevalentes na complexificação das respostas humanas, bem como os desafios inerentes às transições de cuidados e ao regresso ao domicílio, onde a capacitação da pessoa e da família assume particular relevância. Analisa-se ainda a responsabilidade intrínseca do EEER, que encontra respaldo em referenciais teóricos robustos no assegurar de respostas humanas adequadas, potenciando a capacitação e promovendo transições seguras, nomeadamente para o domicílio. Este enquadramento concede a base necessária para compreender e sustentar as atividades desenvolvidas ao longo dos Estágios.

### 1.1. Envelhecimento e a crescente complexidade das respostas humanas da população

O envelhecimento, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017), configura-se num processo contínuo e multifatorial de transformação biopsicossocial, que se inicia mesmo antes do nascimento, moldado por determinantes biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos. Esta evolução imprime em cada pessoa uma trajetória singular, marcada pela sua idiossincrasia ao longo do ciclo de vida (Galvão & Gomes, 2021). O mesmo é reconhecido tanto como uma conquista do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública, como também um desafio emergente que influencia a capacidade de resposta das sociedades contemporâneas. Do ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional caracteriza-se pela proporção de pessoas idosas no conjunto da população, refletindo a distribuição das faixas etárias e, em particular, a relação entre os grupos mais jovens e idosos (DGS, 2017). Segundo a *World Health Organization* (WHO), globalmente, assiste-se a um aumento consistente da esperança média de vida, que alcançou 73,3 anos em 2024, traduzindo um acréscimo significativo nas últimas décadas (WHO, 2025a). Esta tendência, marcada pela redução da natalidade e pela diminuição da mortalidade, tem conduzido a uma transformação profunda da estrutura etária, sendo que as projeções internacionais estimam que até 2030, uma em cada seis pessoas terá 60 ou mais anos, e prevê-se que, até 2050, a população mundial nesta faixa etária duplique (WHO, 2025b). Este envelhecimento populacional, inicialmente mais expressivo em países de

rendimento elevado, manifesta-se agora de forma marcada nos países de baixo e médio rendimento, onde se estima que venha a concentrar-se a maioria da população idosa mundial (WHO, 2025b).

Em Portugal, este fenómeno tem registado um crescimento exponencial, com impacto direto na estrutura demográfica, organização social e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2024, 2025), o índice de envelhecimento atingiu 188,1 em 2023 e cerca de 24% da população tem atualmente 65 ou mais anos, valores superiores à média europeia e reveladores da profundidade das transformações demográficas em curso. Este aumento expressivo da longevidade não se traduz apenas numa alteração quantitativa da estrutura etária, envolve também alterações qualitativas nos perfis de saúde, exigindo uma compreensão aprofundada das dimensões biológicas, funcionais e psicossociais do envelhecimento. Biologicamente, o envelhecimento decorre do impacto cumulativo de danos moleculares e celulares que, ao longo do tempo, conduzem à diminuição progressiva da capacidade física e mental, ao aumento da vulnerabilidade a doenças e à perda de reserva fisiológica (WHO, 2025b). Este percurso é heterogéneo e não linear, resultando da interação entre múltiplas dimensões individuais e contextuais, incluindo transições psicológicas e sociais como a reforma, a perda de vínculos significativos ou a necessidade de reorganização do contexto habitacional (WHO, 2025b). Nesta complexa convergência de fatores, emergem as síndromes geriátricas, expressão clínica da diminuição da resiliência biopsicossocial associada ao envelhecimento. Entre estas destaca-se a fragilidade, conceito estruturante para compreender o impacto do envelhecimento.

A fragilidade traduz um declínio progressivo das reservas fisiológicas e da capacidade de adaptação a situações de *stress*, manifestando-se através de alterações como perda de massa e força muscular, diminuição da resistência, lentificação da marcha, alterações do equilíbrio e perda ponderal involuntária (Duarte et al., 2024; Gil et al., 2020). Atualmente, a fragilidade é entendida como uma condição multifatorial, que compromete a autonomia, a funcionalidade e aumenta substancialmente o risco de quedas, infeções, hospitalização, institucionalização e mortalidade (Duarte et al., 2024). A sua evolução é frequentemente agravada pela coexistência de comorbilidades, polimedicação, insónia, alterações da saúde oral, problemas de equilíbrio e baixos níveis de atividade física. A relação estreita entre fragilidade, alterações da marcha e do equilíbrio reforça a importância de uma identificação precoce e de intervenções sistemáticas de reabilitação, no âmbito da prevenção (Rogério Ferreira et al., 2025). Entre os fenómenos intimamente associados à fragilidade encontra-se a sarcopenia, patologia músculo-esquelética progressiva, caracterizada pela perda de massa e força muscular. Compromete o desempenho físico, aumenta o risco de quedas e fraturas e dificulta a realização de AVD, reduzindo a independência e a qualidade de vida. O seu impacto cresce proporcionalmente ao

envelhecimento global, sendo considerada uma prioridade de saúde pública que exige respostas transdisciplinares estruturadas (Beaudart et al., 2025).

A estas manifestações soma-se a vulnerabilidade, entendida como uma condição inerente à experiência humana e traduz uma perceção de diminuição de poder face às exigências internas ou externas e uma maior exposição a ameaças físicas, emocionais, sociais, culturais ou económicas. Manifesta-se na fragilidade da confiança em si e nos outros, influenciando profundamente a forma como a pessoa interpreta e gere os seus projetos de saúde, sobretudo em contextos de transição e incerteza. Enquanto fenómeno biopsicossocial, cultural e espiritual, exige abordagens sensíveis e centradas na pessoa (Pacheco, 2018; Registered Nurses Association of Ontario, 2025). Na continuidade destas alterações, o envelhecimento associa-se também a um declínio gradual da funcionalidade do organismo, expresso no aumento de limitações e condições crónicas que comprometem dimensões essenciais da vida quotidiana das pessoas e têm também um impacto direto nos custos em saúde (Ana Santos et al., 2022). Neste contexto, o conceito de envelhecimento ativo e saudável, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), assume particular relevância, sendo entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança ao longo da vida, através do desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar numa idade mais avançada (DGS, 2017; WHO, 2021). Este modelo enfatiza a capacidade funcional e a integração dinâmica entre as capacidades intrínsecas — físicas, cognitivas e psicológicas — e os ambientes físicos e sociais (Ana Santos et al., 2022; Galvão & Gomes, 2021; WHO, 2021). A perspetiva do envelhecimento ativo ultrapassa a esfera laboral, integrando a participação social, o voluntariado e a possibilidade de viver de forma independente em contextos habitacionais adequados (DGS, 2017).

A evidência epidemiológica reforça a importância da capacidade funcional como determinante para a qualidade de vida, visto que a população idosa portuguesa refere maiores dificuldades nas atividades básicas de vida diária — como vestir-se, tomar banho, sair da cama ou utilizar a casa de banho — quando comparada com a média europeia (Ana Santos et al., 2022). Paralelamente, verifica-se em Portugal um aumento dos anos de vida ajustados por incapacidade nos grupos etários acima dos 75 anos, traduzindo uma intensificação das respostas humanas (Ana Santos et al., 2022). Estes indicadores refletem que os cuidados continuados integrados emergem como resposta estruturante, na medida em que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada no sentido de assegurar as respostas humanas manifestadas pela população, centrando-se no tratamento, reabilitação e apoio paliativo de pessoas em situação de dependência, na sequência de doença aguda ou em risco de agravamento de doença crónica (Instituto de Segurança Social, 2025). A compreensão do envelhecimento exige, contudo, uma leitura que integre também a sua dimensão subjetiva. A

qualidade de vida, entendida como a perceção que cada pessoa tem da sua posição na vida, dos seus objetivos e expectativas, constitui uma tónica central na interpretação das experiências individuais de envelhecer (DGS, 2017). Embora relativamente estável ao longo do ciclo de vida, esta perceção tende a diminuir perante episódios de doença, acidentes ou processos incapacitantes (Galvão & Gomes, 2021). Neste quadro emerge o conceito de envelhecimento gratificante, entendido como uma vivência positiva da velhice baseada na aceitação das mudanças fisiológicas da idade e na capacidade de desenvolver projetos de vida significativos. Assenta na otimização contínua da capacidade funcional e intrínseca ao longo do ciclo vital, sustentada por estilos de vida saudáveis e participação ativa (Galvão & Gomes, 2021).

A evolução do envelhecimento populacional, associada à diminuição das capacidades intrínsecas e ao aumento do compromisso funcional, traduz-se inevitavelmente numa maior prevalência de doenças crónicas. Cerca de 23% da carga global de doença é atribuída a condições que afetam pessoas com 60 ou mais anos, refletindo a multimorbilidade crescente que acompanha o avançar da idade (Ana Santos et al., 2022). Entre estas, destacam-se as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crónicas, as doenças musculoesqueléticas, os distúrbios neurológicos e mentais e patologias como diabetes e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (DGS, 2017; WHO, 2025b). Em Portugal, as doenças crónicas não transmissíveis representam 88% dos anos de vida vividos com incapacidade, sublinhando o impacto destas condições na pessoa, no bem-estar familiar e na sustentabilidade dos sistemas de saúde (DGS, 2017). Embora a esperança média de vida tenha aumentado, a qualidade dos anos de vida ganhos, ainda possui amplo potencial de melhoria (WHO, 2021). A nível internacional, o envelhecimento demográfico assumiu-se como um dos maiores desafios para os sistemas de saúde, impulsionando o aumento da prevalência de doenças crónicas, incapacidades e dependência (Sun & Li, 2023; WHO, 2025c). A Iniciativa Reabilitação 2030 da OMS evidencia ainda que, em muitos países de baixo e médio rendimento, mais de 50% das pessoas que necessitam de reabilitação não têm acesso a serviços adequados, refletindo uma lacuna significativa no assegurar das respostas humanas destas populações (WHO, 2023).

Neste contexto, a deteção precoce e o controlo rigoroso das doenças crónicas, bem como intervenções dirigidas ao declínio físico e mental, assumem-se como estratégias essenciais para melhorar o prognóstico, reduzir comorbilidades e preservar a capacidade funcional (DGS, 2017; WHO, 2025b). Destarte, a abordagem às doenças crónicas deve ser entendida como eixo central das políticas de saúde e das práticas clínicas orientadas para a funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Aliado a este aumento da prevalência das doenças crónicas, agravado pela progressão do envelhecimento populacional, emerge o aumento significativo dos níveis de dependência, com repercussões tanto

individuais como sistémicas. Em Portugal, o índice de dependência total aumentou de 51,4 para 55,6 dependentes por cada 100 pessoas em idade ativa, refletindo pressão crescente sobre a população economicamente ativa (DGS, 2022). Este fenómeno é intensificado por desigualdades sociais e pela emergência de sindemias, que conjuguem doenças crónicas e vulnerabilidades sociais.

A dependência é compreendida como a incapacidade de realizar autonomamente as AVD, exigindo assistência de terceiros para garantir o bem-estar e a funcionalidade (J. Mendes et al., 2024). Decorre, frequentemente, da perda gradual da capacidade funcional necessária para realizar as AVD, associado ao processo de senescência. Os dados europeus evidenciam esta tendência, visto que cerca de 52% das pessoas idosas refere dificuldades moderadas ou severas em pelo menos uma AVD (J. Mendes et al., 2024). Embora o envelhecimento não seja, por si só, sinónimo de dependência, as alterações corporais e psicológicas progressivas, associadas à multimorbilidade, contribuem para o aumento das situações de dependência, frequentemente relacionadas com a perda de capacidade funcional para as AVD (C. Oliveira et al., 2021). Perante esta premissa, verificamos a necessidade crescente de intervenções que previnam o declínio funcional e promovam a autonomia.

Importa integrar na análise a crescente complexidade das respostas humanas associadas ao envelhecimento. Esta complexidade resulta não apenas da multimorbilidade, da vulnerabilidade e da dependência, mas também da transformação dos contextos sociodemográficos. Em Portugal, verifica-se um aumento da taxa de imigrantes permanentes (INE, 2024), introduzindo novas dinâmicas culturais, linguísticas e sociais na prestação de cuidados e na interpretação das respostas humanas a nível da saúde (Registered Nurses Association of Ontario, 2003). Este contexto demográfico e epidemiológico evidencia uma crescente complexidade das respostas humanas, resultante não apenas da multimorbilidade, vulnerabilidade e dependência associadas ao envelhecimento, mas também das transformações sociodemográficas e culturais, como o aumento da imigração. Tal complexidade exige respostas especializadas em ER, centradas na preservação da capacidade funcional, na prevenção do declínio e na promoção da autonomia ao longo do ciclo de vida, através de intervenções integradas, adaptadas e culturalmente sensíveis às respostas humanas das pessoas e famílias.

## **1.2. Patologias prevalentes nas pessoas alvo de cuidados: Impacto na funcionalidade e autonomia**

Neste enquadramento, a análise das patologias mais prevalentes nas pessoas alvo de cuidados permite compreender de que forma o envelhecimento e a multimorbilidade se traduzem, na prática, em limitações funcionais, perda de autonomia e dependência no autocuidado. A diminuição progressiva das capacidades intrínsecas, frequentemente agravada pela redução do nível de atividade física, torna

a população idosa especialmente vulnerável ao desenvolvimento de incapacidades funcionais, reconhecidas como importantes preditores de morbilidade e mortalidade, configurando uma carga crescente para os sistemas de saúde e exigindo intervenções especializadas (A. Novo et al., 2025; Petronilho et al., 2021). Entre as patologias crónicas observadas nos contextos de Estágio, destacam-se condições respiratórias crónicas, cardiovasculares, neurológicas e musculoesqueléticas que, apesar das suas diferenças clínicas, partilham um padrão comum de compromisso da capacidade funcional. A funcionalidade pode ser entendida como a aptidão da pessoa para, em determinado momento do seu percurso de vida, desempenhar as atividades essenciais à sua subsistência, interagir com o meio que a envolve e participar de forma ativa na vida social. Neste sentido, a funcionalidade e a independência constituem eixos centrais na avaliação das respostas humanas, assumindo particular relevância no âmbito da intervenção do EEER (Petronilho et al., 2021).

No âmbito das patologias crónicas que mais comprometem a funcionalidade ao longo do envelhecimento, destacam-se as doenças respiratórias crónicas, pelo seu impacto direto na tolerância ao esforço, na capacidade para a realização das AVD e no autocuidado. A limitação ventilatória progressiva, associada à dispneia e à fadiga, condiciona a participação ativa da pessoa nas atividades quotidianas, favorecendo o descondicionamento físico, a dependência funcional e a redução da qualidade de vida (L. Silva et al., 2021). A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) constitui uma das patologias respiratórias crónicas mais prevalentes, sendo definida como uma doença comum, evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e por limitação do fluxo aéreo, resultante de alterações nas vias aéreas e/ou nos alvéolos, habitualmente associadas à exposição prolongada a partículas ou gases nocivos. Os sintomas mais frequentes incluem dispneia, tosse crónica e produção de secreções, com repercussões progressivas na capacidade funcional da pessoa (L. Silva et al., 2021).

A nível global, a DPOC é reconhecida como a terceira principal causa de morte e uma das principais causas de morbilidade, representando um problema de saúde pública de grande magnitude. Em Portugal, a prevalência estimada da DPOC é de 14,2% na população com idade superior a 40 anos, verificando-se um predomínio no sexo masculino e sendo o tabagismo o principal fator de risco (L. Silva et al., 2021). A nível nacional, as doenças respiratórias crónicas constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, apresentando uma tendência crescente de prevalência (D. Pinto et al., 2025). As pessoas com doença respiratória crónica apresentam frequentemente limitações físicas e emocionais que dificultam a adoção de um estilo de vida ativo, favorecendo a inatividade física e a progressão da doença. À medida que a dispneia se intensifica, atividades simples, como caminhar, tornam-se progressivamente mais difíceis, instalando-se um ciclo vicioso caracterizado pela redução

da atividade física, diminuição da capacidade cardiovascular, fraqueza muscular e alterações nutricionais, frequentemente associado a ansiedade e depressão (OE, 2018a).

O tratamento da DPOC integra componentes farmacológicos e não farmacológicos, assumindo a Reabilitação Respiratória (RR) um papel central enquanto intervenção não farmacológica de elevada relação custo-efetividade. A RR baseia-se numa avaliação global da pessoa, seguida da implementação de um programa individualizado que inclui treino de exercício, educação para a saúde e estratégias de mudança comportamental, com o objetivo de melhorar a condição física e psicológica e promover a adesão sustentada a estilos de vida saudáveis (L. Silva et al., 2021). A evidência demonstra que a RR está formalmente indicada para pessoas com DPOC, permitindo reduzir a perceção de dispneia, melhorar a tolerância ao esforço e o estado global de saúde, bem como diminuir o número de hospitalizações e a sintomatologia associada à ansiedade e à depressão (L. Silva et al., 2021). Para além do impacto clínico, a RR contribui de forma significativa para a melhoria da capacidade funcional, promovendo ganhos na realização das AVD e no autocuidado (M. Pinto et al., 2025).

Paralelamente, importa considerar as Micobactérias Não Tuberculosas (MNT), que constituem um grupo heterogéneo de microrganismos ambientais, ubíquos no solo e na água, que apresentam a DPOC como a manifestação clínica mais frequente, correspondendo a cerca de 90% dos casos descritos (Antunes et al., 2012). A infeção por MNT ocorre predominantemente por exposição ambiental, não existindo evidência de transmissão interpessoal. Nos países industrializados, a incidência estimada situa-se entre 1 e 2 casos por 100 000 habitantes, embora a verdadeira dimensão do problema seja difícil de determinar, dado que estas infeções não são de notificação obrigatória. O risco de desenvolvimento de doença pulmonar por MNT encontra-se aumentado na presença de imunossupressão e de doença pulmonar estrutural, nomeadamente DPOC, bronquiectasias, fibrose quística, pneumoconioses e fibrose pulmonar, sendo igualmente relevante a existência prévia de sequelas de tuberculose pulmonar (Antunes et al., 2012). A doença pulmonar por MNT pode assumir diferentes formas clínicas, com epidemiologia e evolução distintas, incluindo a doença cavitária fibronodular, a doença nodular bronquiectásica e quadros semelhantes à pneumonite de hipersensibilidade. O aumento da incidência destas infeções a nível mundial tem sido associado ao envelhecimento da população, ao crescimento do número de pessoas imunocomprometidas, à maior consciencialização clínica e ao desenvolvimento de técnicas laboratoriais mais avançadas, embora a distinção entre colonização e doença ativa continue a representar um desafio diagnóstico significativo (Andrea Santos et al., 2024).

Entre as patologias neurológicas crónicas associadas ao envelhecimento e à multimorbilidade, o AVC assume particular relevância pelo seu elevado impacto na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa. O AVC mantém-se como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível mundial, sendo atualmente a segunda principal causa de morte global e a terceira causa de incapacidade, com um peso significativo nos países industrializados (Feigin et al., 2024). Em Portugal, constitui a primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada, apesar de se verificar um decréscimo progressivo da taxa de mortalidade, associado sobretudo aos avanços na prevenção e controlo das doenças cardiovasculares (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025). O AVC representa um desafio crescente para os sistemas de saúde e para a *práxis* da reabilitação, sendo que a sua ocorrência está intimamente associada a fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade, inatividade física e hábitos alimentares inadequados, que contribuem para a sua incidência e gravidade (Feigin et al., 2024; OECD/European Commission, 2024; Platz, 2021). O impacto do AVC traduz-se não apenas em custos sociais e económicos elevados, mas sobretudo no aumento do número de pessoas que apresentam limitações funcionais persistentes, exigindo cuidados prolongados e respostas especializadas de reabilitação.

Do ponto de vista clínico, o AVC configura-se como uma síndrome neurológica de início súbito, resultante de alterações na circulação cerebral. Pode classificar-se em AVC isquémico, decorrente da obstrução arterial com hipoperfusão cerebral — sendo o tipo mais prevalente — e AVC hemorrágico, provocado pela rutura vascular com extravasamento sanguíneo (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025). As suas consequências neurológicas são frequentemente extensas e heterogéneas, incluindo défices motores, como diminuição da força muscular no hemicorpo afetado, alterações sensoriais e visuais, deglutição comprometida, défices cognitivos e perturbações da comunicação, nomeadamente afasia. Estas alterações associam-se frequentemente a alterações da marcha, do equilíbrio e do controlo postural, aumentando significativamente o risco de queda (Jéssica Santos et al., 2020). As sequelas decorrentes do AVC refletem-se, de forma consistente, em limitações significativas nas AVD, comprometendo a autonomia, a independência funcional e a participação social da pessoa (Araújo et al., 2021; Mulhern, 2023). Para além do compromisso físico, o impacto do AVC estende-se às dimensões emocional, relacional e socioeconómica, com repercussões relevantes para a pessoa e família. Neste contexto, as recomendações internacionais, nomeadamente as do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2023) e da *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) (2025), sublinham a importância da reabilitação precoce, intensiva e centrada na pessoa, como estratégia fundamental para promover a readaptação funcional e assegurar transições seguras entre o internamento e o domicílio. O processo de reabilitação pós-AVC constitui um percurso dinâmico e contínuo de

adaptação, marcado por desafios físicos, cognitivos e emocionais complexos (Sun et al., 2025). Este processo integra, de forma articulada, três dimensões fundamentais: a dimensão física, centrada no treino motor, equilíbrio, coordenação e prevenção de quedas; a dimensão cognitiva, orientada para a estimulação da atenção, memória e funções executivas; e a dimensão comunicacional, que visa promover a expressão, compreensão e interação social (Platz, 2021; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; RNAO, 2017). A intervenção deve ser orientada por objetivos individualizados, mensuráveis e significativos, definidos em parceria com a pessoa e a família, potenciando a adesão e os ganhos funcionais (Jesus et al., 2022; Tanlaka et al., 2023).

A reabilitação das pessoas com AVC fundamenta-se nos princípios da neuroplasticidade, entendida como a capacidade do sistema nervoso central de reorganizar as suas ligações sinápticas em resposta a estímulos repetitivos, funcionais e significativos (K. Lima, 2024). A estimulação cognitiva assume um papel central neste processo, ao potenciar a reorganização adaptativa do cérebro após a lesão, promovendo melhorias na função neurológica, motora e na capacidade de realização das AVD (Araújo et al., 2021; Yang et al., 2021). Neste âmbito, o EEER desempenha uma responsabilidade determinante, recorrendo ao treino motor e ao Treino Orientado por Tarefa (TOT), criando um ambiente terapêutico neuroestimulante que favorece a reeducação e a readaptação funcional, em consonância com as recomendações internacionais para a reabilitação pós-AVC (Costa, 2019; O'Donoghue et al., 2022). Importa ainda salientar que os défices cognitivos permanecem como uma das sequelas mais frequentes e incapacitantes após o AVC. Estima-se que cerca de 60% das pessoas apresentem comprometimento cognitivo na fase aguda da recuperação, com impacto direto na autonomia, segurança e capacidade de participação nas AVD (Mulhern, 2023). Estas alterações repercutem-se não apenas na pessoa, mas também na família e cuidadores, traduzindo-se em maior dependência funcional, sobrecarga emocional e aumento dos custos sociais e económicos (Mulhern, 2023).

A par do AVC, o compromisso da função cardíaca constitui igualmente um fator determinante no impacto sobre a funcionalidade da pessoa. A Insuficiência Cardíaca (IC) assume particular relevância, por se tratar de uma condição crónica, progressiva e altamente incapacitante, frequentemente associada ao declínio funcional, à limitação das AVD e ao aumento da dependência. Este impacto funcional reforça a necessidade de abordagens preventivas, integradas e centradas na pessoa, nomeadamente no âmbito da prevenção de quedas e da promoção da readaptação funcional. De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia (2021), a IC não corresponde a um diagnóstico isolado, mas sim a uma síndrome clínica complexa, caracterizada pela presença de sintomas cardinais como dispneia, fadiga e edema maleolar, frequentemente acompanhados por sinais objetivos, como ferveres pulmonares e edema periférico. Estes sinais e sintomas resultam de alterações estruturais

e/ou funcionais do miocárdio, que comprometem a capacidade do coração em assegurar um débito cardíaco adequado às necessidades metabólicas dos tecidos, quer em repouso quer durante o esforço (Delgado et al., 2021). Esta disfunção traduz-se numa intolerância progressiva à atividade e num comprometimento do movimento muscular, condicionando de forma direta o desempenho das AVD (Monteiro et al., 2025).

A gravidade da sintomatologia associada à IC é habitualmente classificada segundo a escala da *New York Heart Association* (NYHA), que distingue quatro classes funcionais, variando desde a ausência de limitações à atividade física (Classe I) até à presença de sintomas mesmo em repouso (Classe IV). Esta classificação constitui um importante indicador do impacto funcional da doença e da sua repercussão na independência da pessoa (Delgado et al., 2021). Do ponto de vista epidemiológico, na Europa, afeta cerca de 1 a 3% da população adulta, apresentando um aumento exponencial da prevalência com a idade (Baptista et al., 2023; Fonseca et al., 2018; OE, 2020). Em Portugal, estima-se que mais de 400 mil pessoas vivam com IC, sendo a prevalência particularmente elevada nas faixas etárias mais avançadas, atingindo cerca de 16,14% nas pessoas com mais de 80 anos, representando atualmente a terceira principal causa de hospitalização (Aïdoud et al., 2023). As projeções apontam para um agravamento deste cenário, prevendo-se cerca de meio milhão de casos em 2060, maioritariamente em fases avançadas da doença (classes III e IV), o que implicará uma crescente complexidade na gestão clínica e uma sobrecarga acrescida para os sistemas de saúde (Fonseca et al., 2018; Heidenreich et al., 2022; Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2020).

O diagnóstico de IC requer a conjugação de sinais e sintomas sugestivos com evidência objetiva de disfunção cardíaca estrutural ou funcional. Embora manifestações como dispneia, fadiga e edema maleolar sejam frequentes, estas apresentam, isoladamente, limitada especificidade diagnóstica (L. Mendes et al., 2024). Segundo a *American Heart Association*, a presença de antecedentes como enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial ou doença arterial coronária, aumenta significativamente a probabilidade de desenvolvimento da síndrome (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021). Nas pessoas idosas, a IC surge frequentemente associada a multimorbilidade, fragilidade e polimedicação, fatores que contribuem para um risco acrescido de queda. A utilização de fármacos como diuréticos, betabloqueadores e vasodilatadores pode provocar efeitos adversos, nomeadamente tonturas e hipotensão ortostática, potenciando episódios de instabilidade postural e queda. Assim, a IC deve ser considerada um fator intrínseco de risco relevante na avaliação global da pessoa idosa (Denfeld et al., 2022).

Associadas ao envelhecimento, à fragilidade e à sarcopenia, as quedas constituem uma das problemáticas de saúde com maior impacto na funcionalidade da pessoa idosa, atualmente, são reconhecidas como a segunda principal causa de morte por lesões não intencionais (Alves et al., 2024). As quedas podem ser definidas como um movimento involuntário do corpo para um nível inferior ao da posição inicial, sem possibilidade de correção atempada, resultando de uma interação complexa e multifatorial de determinantes individuais e ambientais (Carrasco & Tomas-Carús, 2020). Segundo a RNAO (2017), os fatores associados às quedas dividem-se em intrínsecos — como doenças crónicas, polimedicação, défices sensoriais, história prévia de quedas, fragilidade e sarcopenia — e extrínsecos, relacionados com o ambiente, nomeadamente iluminação inadequada, tapetes soltos e barreiras arquitetónicas. Dados nacionais evidenciam que mais de 70% dos mecanismos de lesão que levam as pessoas idosas a recorrer ao serviço de urgência resultam de quedas, sendo a sua frequência e gravidade significativamente superiores nos grupos etários mais avançados, sobretudo a partir dos 85 anos (Alves et al., 2024).

As quedas assumem-se, assim, como um relevante problema de saúde pública, estimando-se que cerca de um terço das pessoas idosas sofra pelo menos uma queda por ano (Alves et al., 2024). A evidência científica é consistente ao demonstrar que o declínio da força muscular, do equilíbrio e da coordenação motora, inerentes ao processo de envelhecimento, contribuem para o aumento da fragilidade e da vulnerabilidade, potenciando a ocorrência de quedas (Carrasco & Tomas-Carús, 2020). Para além das consequências físicas imediatas, as quedas podem desencadear repercussões significativas a nível funcional, emocional e social, incluindo fraturas, aumento da dependência, limitação da participação social, isolamento, ansiedade, depressão, alteração da dinâmica familiar e intensificação do medo de cair (Farias et al., 2022). Importa salientar que, de acordo com a RNAO (2017), a maioria das quedas é previsível e potencialmente evitável, reforçando a importância da identificação sistemática dos fatores de risco e da implementação de estratégias preventivas baseadas na evidência. Neste contexto, as fraturas da extremidade proximal do fémur, frequentemente designadas como fraturas do colo do fémur, assumem particular relevância, sendo na sua maioria consequência direta de quedas na pessoa idosa (Cruz et al., 2021). A elevada prevalência de osteoporose nesta população aumenta significativamente o risco de fratura após traumatismos de baixo impacto, como a queda da própria altura. Estas fraturas associam-se a elevados índices de morbidade, incapacidade funcional e mortalidade, verificando-se que menos de metade das pessoas idosas recupera o nível de independência nas AVD previamente existente, com impacto negativo marcado na qualidade de vida (Cruz et al., 2021). Entre as principais dificuldades identificadas destacam-se a dor, a imobilidade, o aumento da dependência, o medo de cair, a necessidade de meios

auxiliares de marcha e a inadequação do domicílio às novas limitações funcionais. O medo de cair emerge, por sua vez, como uma resposta humana frequente e altamente incapacitante, manifestando-se por sentimentos persistentes de ansiedade, insegurança e *stress*, que condicionam negativamente a realização das AVD, mesmo na ausência de quedas prévias (B. Novo, Ribeiro, Bação, Andrade et al., 2025). Este fenómeno associa-se ao aumento do isolamento social, à progressão da fragilidade, à dependência funcional e à diminuição da qualidade de vida (Chandrasekaran et al., 2021; Keskin et al., 2025). Perante o exposto, a prevenção de quedas assume-se como uma prioridade estratégica da reabilitação, na promoção da qualidade de vida, na preservação da funcionalidade e na redução de complicações evitáveis associadas ao envelhecimento.

Para além das condições crónicas associadas ao envelhecimento, importa considerar eventos agudos com elevado potencial incapacitante que continuam a contribuir para perda súbita de funcionalidade. Neste âmbito, e atendendo ao aumento considerável da sinistralidade rodoviária em Portugal, a Lesão Vértebro-Medular (LVM) mantém-se como uma realidade com expressão clínica e social relevante, frequentemente associada a acidentes de viação e a outras causas traumáticas (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2025; OE, 2009). A LVM constitui uma condição neurológica de instalação frequentemente súbita e, por vezes, potencialmente irreversível, com repercussões significativas nas funções motoras e sensoriais. Este compromisso traduz-se em perda de independência, limitação do desempenho nas AVD e redução da qualidade de vida, com impacto direto também na família (António et al., 2024; Santa Casa da Misericórdia, 2024). Em termos epidemiológicos, observa-se maior prevalência no sexo masculino e incidência expressiva entre os 16 e os 30 anos (Xavier, Pereira et al., 2024).

Em termos de enquadramento anatómico, a coluna vertebral constitui uma estrutura osteoarticular fundamental, cuja principal função é suportar o peso da cabeça e do tronco, proteger a medula espinhal, os nervos raquidianos. A medula espinhal, estabelece a ligação funcional entre o encéfalo e o sistema nervoso periférico, atuando como via bidirecional de condução dos impulsos nervosos e como centro integrador de reflexos espinhais. Qualquer lesão ao nível desta estrutura pode, assim, comprometer gravemente a transmissão nervosa e a regulação motora, sensitiva e autonómica, justificando o elevado impacto funcional associado às lesões medulares (OE, 2009). Desta forma, considera-se lesão medular toda a lesão que atinge a medula espinhal, o cone medular e a cauda equina, estando associada a repercussões fisiológicas, emocionais, sociais e económicas. Globalmente, estima-se que atualmente existam cerca de 15 milhões de pessoas com LVM, distinguindo-se etiologias traumáticas e não traumáticas (Faleiros et al., 2021). As não traumáticas podem decorrer de malformações congénitas, infeções, doenças neurológicas ou isquémia medular; as traumáticas

incluem acidentes rodoviários, agressões, quedas, mergulho em água rasa e impacto de objetos (Faleiros et al., 2021). As LVM podem ser, ainda, classificadas como incompletas (preservação parcial de função motora e/ou sensitiva abaixo do nível da lesão) ou completas (perda total das funções motoras e sensitivas infra-lesionais) (OE,2009).

Adicionalmente, de acordo com o nível neurológico atingido, distinguem-se quadros de tetraplegia, associados a lesões localizadas acima do nível da primeira vértebra torácica (T1), com envolvimento sensitivo-motor a partir da região cervical, e de paraplegia, decorrentes de lesões nos segmentos torácico, lombar, sacral, cone medular ou cauda equina, caracterizadas por paralisia total ou parcial do tronco, dos órgãos pélvicos e dos membros inferiores (Faleiros et al., 2021; OE, 2009; Xavier, Pereira et al., 2024). Em consonância, a LVM é descrita como uma condição grave que altera a anatomia e o funcionamento medular (contusão, concussão, laceração, hemorragia, secção transversal, edema, massas e/ou compromisso vascular), sendo as alterações motoras/sensoriais e a disfunção dos esfíncteres manifestações centrais (B. Novo, Ribeiro, Bação, Severino et al., 2025).

Neste contexto, a avaliação clínica rigorosa é determinante para orientar objetivos de reabilitação e antecipar respostas humanas ao nível do autocuidado. Entre os elementos essenciais, destacam-se o nível e extensão da lesão e a avaliação autonómica, pela relação direta com a componente motora e sensitiva, com autocuidados comprometidos e com riscos clínicos associados (Henriques & Fumincelli, 2023). A padronização internacional da avaliação pela *American Spinal Injury Association* (ASIA) (Anexo I) permite maior consistência, validade e reprodutibilidade (Rupp et al., 2021). A escala assenta na avaliação sensitiva e motora, possibilitando classificar lesões como completas ou incompletas, determinar o nível neurológico e sintetizar resultados (Henriques & Fumincelli, 2023). As consequências funcionais da LVM são, por natureza, multidimensionais. Para além das alterações da mobilidade— frequentemente com restrição à cadeira de rodas ou ao leito — podem surgir alterações do tónus muscular, dor neuropática, espasticidade, risco de úlceras de pressão, compromissos do autocontrolo da eliminação vesical/intestinal e disfunção sexual, exigindo vigilância clínica e intervenção sistemática (Xavier, Pereira et al., 2024). Paralelamente, a vivência da lesão envolve um percurso de adaptação marcado por fases emocionais e comportamentais (choque, negação, reconhecimento e adaptação), podendo coexistir sofrimento, ansiedade, frustração e sentimentos de vulnerabilidade. Estes processos podem ser intensificados por preconceito e barreiras sociais, reforçando a necessidade de suporte psicológico e do envolvimento ativo da família e rede de apoio (Agostinho & Cunha, 2024; Xavier, Machado et al., 2024).

Entre as complicações de maior criticidade clínica, destaca-se a disreflexia autonómica, sobretudo em lesões acima da vértebra torácica seis (T6), configurando uma emergência potencialmente fatal. Resulta de uma resposta autonómica anómala a estímulos nocivos abaixo do nível lesional, com vasoconstrição periférica/esplénica, elevação significativa da pressão arterial (até 220 mmHg da tensão arterial sistólica) e ativação de mecanismos compensatórios incompletos, podendo ocorrer bradicardia e sinais como ansiedade, náuseas, sudorese acima do nível da lesão, palidez e extremidades frias abaixo do nível e alterações visuais. Sem intervenção rápida, pode evoluir para hemorragia intracraniana, complicações cardiovasculares graves ou morte (Henriques & Fumincelli, 2023).

Perante as patologias supramencionadas, para além da dimensão clínica, importa para a ER integrar os conceitos de deficiência e incapacidade. A deficiência pode ser entendida como uma alteração prolongada da estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica, enquanto a incapacidade se expressa como a consequência funcional dessa deficiência (Rute Pereira et al., 2021). Trata-se de um fenómeno heterogéneo, complexo e multidimensional, associado a etiologias diversas (doenças transmissíveis, doenças crónicas não transmissíveis e lesões por acidentes, quedas ou violência) (Rute Pereira et al., 2021). Nesta linha, o conceito de pessoa com mobilidade condicionada inclui quem se desloca em cadeira de rodas, quem é incapaz de caminhar/percorrer distâncias, quem apresenta dificuldades sensoriais ou se encontra temporariamente condicionado (Decreto-Lei n.º 163/2006). Consequentemente, a acessibilidade deve ser compreendida como um conjunto de medidas orientadas para eliminar barreiras (físicas, informacionais, de serviços e transportes), assegurando igualdade de oportunidades e participação social (Rute Pereira et al., 2021).

Destarte, verificamos que todas as patologias previamente abordadas, refletem que o impacto direto incide na funcionalidade e na autonomia, o que sublinha a importância da reabilitação enquanto elemento central no assegurar das respostas humanas complexas das pessoas. O declínio funcional manifesta-se na incapacidade de realizar o autocuidado, que o ICN define como o conjunto de atividades necessárias para manter a vida, o bem-estar e lidar com as respostas humanas individuais básicas, estando intrinsecamente ligado à singularidade da pessoa (Petronilho et al., 2021; Teixeira et al., 2023). Este declínio funcional, associado ao envelhecimento e à crescente prevalência de doenças crónicas, traduz-se frequentemente num aumento da dependência, exercendo uma pressão significativa sobre os sistemas de saúde, influenciando a organização do internamento e, em particular, os processos de alta hospitalar. A hospitalização está associada a períodos prolongados de menor mobilidade e afastamento do ambiente do domicílio, constituindo um evento de risco para a pessoa, sobretudo para a pessoa idosa. Este processo pode desencadear ou agravar o declínio funcional, com perda de independência nas atividades de autocuidado, no controlo de esfíncteres, nas transferências,

na mobilidade e na tomada de decisão, gerando repercussões físicas, cognitivas e sociais relevantes (Cátia Lopes et al., 2015). Importa salientar que estas alterações não afetam apenas a pessoa: no momento do regresso ao domicílio, a limitação funcional impõe uma reorganização da dinâmica familiar, com redistribuição de papéis, responsabilidades e rotinas, de forma variável, consoante o lugar previamente ocupado pela pessoa no seio da família (C. Oliveira et al., 2021).

Neste contexto, observa-se um duplo desafio na gestão da alta hospitalar. Por um lado, a *práxis* contemporânea tende a privilegiar altas antecipadas, frequentemente justificadas por racionalização de recursos, eficiência hospitalar e avanços tecnológicos. Contudo, quando a alta ocorre sem avaliação da capacidade funcional, sem plano estruturado de continuidade de cuidados ou antes de estarem reunidas condições clínicas, emocionais e sociais adequadas, aumenta o risco de descompensações clínicas, quedas, falhas terapêuticas, sofrimento familiar e readmissões hospitalares evitáveis (Jardim, 2025). Por outro lado, quando a pessoa se encontra clinicamente estável, mas não existem condições para assegurar a continuidade de cuidados no domicílio ou noutra contexto, verifica-se o atraso na alta, com impacto negativo no bem-estar da pessoa e aumento dos custos institucionais, muitas vezes associado à indisponibilidade de vagas em cuidados continuados ou reabilitação, à insuficiência de respostas sociais e a fragilidades ou isolamento social (Modas et al., 2019). Em ambos os cenários, a responsabilidade pela continuidade dos cuidados recai predominantemente sobre a família, sobretudo sobre o Cuidador Informal (CI), visto que na Europa, cerca de 80% dos cuidados de longa duração são prestados por CI. O CI é definido como a pessoa que presta cuidados não remunerados a alguém com doença crónica, deficiência ou necessidade de cuidados de longa duração, fora de um quadro profissional ou formal, sendo esta função maioritariamente assumida por mulheres (Carvalho, 2021; Lei n.º 100/2019). A assunção desta responsabilidade, frequentemente súbita e sem preparação adequada, expõe os CI a elevados níveis de sobrecarga física, emocional, social e económica, podendo traduzir-se em fadiga, alterações do sono, sofrimento moral, ansiedade, depressão e compromisso da vida socioprofissional (Jardim, 2025; Martins, Marinho et al., 2025). A sobrecarga do CI constitui, assim, um fenómeno multifatorial, passível de avaliação através de instrumentos como a Escala de *Zarit*, que apresenta valor preditivo para depressão futura e permite orientar intervenções mais ajustadas (Dias et al., 2023).

Perante esta realidade, a preparação da alta assume-se como um processo clínico e organizacional transdisciplinar de elevada complexidade, que deve ser iniciado precocemente e envolver ativamente a pessoa e a família/cuidador. O planeamento da alta implica a elaboração de um plano individualizado antes da saída do hospital, com o objetivo de assegurar uma transição segura, organizada e contínua para o período pós-alta, reduzindo atrasos, readmissões e eventos adversos, e promovendo a

qualidade e a segurança dos cuidados (Gonçalves-Bradley et al., 2022; T. Lima et al., 2022). Este processo exige uma articulação efetiva entre os serviços hospitalares, os cuidados de saúde primários, os recursos comunitários e o setor social (Portaria n.º 38-A/2023).

Neste âmbito, o Enfermeiro surge como elemento fulcral neste processo, em particular o EEER, uma vez que fomenta e estabelece uma relação de proximidade com a pessoa e a família/CI, encontrando-se diretamente envolvido na avaliação e no assegurar das suas respostas humanas, na preparação para a alta e na articulação com a rede de cuidados (Modas et al., 2019; Petronilho et al., 2021). Deste modo, o impacto das patologias crónicas na funcionalidade e na autonomia não pode ser dissociado da forma como se planeia e operacionaliza a transição entre contextos de cuidados. O regresso ao domicílio, quando não é sustentado por um planeamento estruturado e por uma capacitação adequada da pessoa e da família, pode transformar-se num momento crítico de elevada vulnerabilidade. Assim, torna-se imprescindível aprofundar a reflexão sobre os processos de transição de cuidados, enquanto eixo estruturante da intervenção do Enfermeiro, particularmente do EEER, garantindo que a alta hospitalar não representa um ponto final no cuidar, mas antes uma etapa integrada, segura e promotora de continuidade, reabilitação e qualidade de vida.

### **1.3. Transição de cuidados e regresso ao domicílio: A centralidade da capacitação da pessoa e família na readaptação**

A transição entre contextos de cuidados, em particular do hospital/CR para o domicílio, constitui um período de elevada vulnerabilidade clínica, funcional e psicossocial, exigindo continuidade de cuidados e coordenação efetiva entre níveis de cuidados. O conceito de transição, tal como definido por Meleis (2010), descreve uma passagem progressiva entre dois estados de relativa estabilidade, desencadeada por um evento que quebra o equilíbrio previamente existente, integrando dimensões temporais, emocionais e cognitivas e configurando-se como um intervalo dinâmico de adaptação (Gouveia et al., 2025). No âmbito da saúde, a alta hospitalar implica reajustes no projeto de vida, reorganização de papéis e necessidade de aprendizagem de novas competências, sobretudo quando a pessoa regressa ao domicílio com limitações funcionais e dependência no autocuidado (Baixinho & Ferreira, 2020; Ferreira & Baixinho, 2021). A continuidade de cuidados assume, assim, um valor estruturante, ao garantir que a assistência prestada se mantém adequada às respostas humanas da pessoa e do CI, minimizando descontinuidades, falhas de comunicação e lacunas terapêuticas durante a transferência entre serviços/contextos. A transição de cuidados caracteriza-se como um processo intencional, com responsabilidades atribuídas e expectativas definidas, devendo centrar-se nas respostas humanas da pessoa e do CI, sustentada por uma organização eficaz e por comunicação clara e articulada entre

equipas hospitalares e comunitárias (Gomes et al., 2025). A evidência sugere que readmissões hospitalares precoces podem refletir falhas no planeamento transdisciplinar da alta, associadas a fatores como erros de medicação, incapacidade de acesso aos cuidados necessários, baixa literacia em saúde, limitações no autocuidado e baixa disponibilidade de recursos sociais e financeiros (Gomes et al., 2025). Neste sentido, recomenda-se que o planeamento da alta se inicie desde o primeiro dia de hospitalização, permitindo antecipar riscos e dificuldades, ativar recursos e reduzir recidivas e reinternamentos, com impacto significativo para a pessoa, família e comunidade (Baixinho & Ferreira, 2020; Gomes et al., 2025).

Neste contexto, os cuidados transicionais emergem como uma resposta essencial para assegurar segurança, qualidade e efetividade nas transições entre contextos, especialmente em populações vulneráveis e com elevada complexidade. As transições no *continuum* saúde–doença que resultam em dependência funcional, impedindo o retorno aos níveis de funcionalidade anteriores ao internamento, exigem um processo de readaptação progressivo da pessoa à sua nova condição, bem como da família, de modo a assegurar a reorganização do autocuidado no período pós-alta (Pedrosa et al., 2021). Os cuidados de transição podem ser definidos como um conjunto de ações planeadas para garantir segurança e continuidade quando o cuidado passa da equipa transdisciplinar para a pessoa e/ou CI, integrando comunicação, preparação para a alta, educação em saúde, apoio emocional, articulação interinstitucional e acompanhamento pós-alta (L. Oliveira et al., 2025; Pedrosa et al., 2021). A literatura destaca benefícios associados à continuidade de cuidados, incluindo melhor integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas, maior individualização do cuidado, melhoria da relação entre pessoa-família e profissionais, redução do uso indevido de serviços e potencial diminuição de custos, bem como maior satisfação (Pedrosa et al., 2021). Adicionalmente, intervenções que fazem a ponte entre o hospital e o domicílio, frequentemente coordenadas por um profissional (habitualmente o Enfermeiro) são apontadas como particularmente eficazes na redução do risco de readmissão e na promoção da segurança no período pós-alta (Pedrosa et al., 2021).

A articulação entre o hospital e a comunidade constitui um eixo estruturante para a segurança e continuidade dos cuidados no processo de transição. Esta articulação exige comunicação bidirecional, atempada e sistematizada entre os diferentes níveis de cuidados, garantindo a transferência adequada de informação clínica, funcional e social, bem como a definição clara de responsabilidades após a alta. Em Portugal, a persistência de modelos de comunicação predominantemente unidirecionais, centrados na carta de alta, tem sido associada a descontinuidade assistencial, fragilizando o acompanhamento no período pós-alta e aumentando o risco de eventos adversos e readmissões evitáveis (Rafael Ferreira et al., 2025). A integração efetiva dos cuidados hospitalares com os cuidados

de saúde primários e com os recursos da comunidade, nomeadamente através da ativação precoce de respostas como a RNCCI, nomeadamente com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), permite responder de forma mais ajustada às respostas humanas da pessoa e do CI, promovendo cuidados de proximidade, centrados na pessoa e na família, em consonância com os princípios de humanização dos cuidados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (RNAO, 2025; SNS, 2024). Apesar da reconhecida importância desta abordagem, persistem lacunas na preparação para a alta e na articulação entre níveis de cuidados. A transição é descrita como um momento vulnerável, frequentemente associado a descontinuidade assistencial, fragilidades na articulação interinstitucional, ausência de planeamento centrado na pessoa e na família e limitações no apoio ao CI, com repercussões na funcionalidade no regresso ao domicílio e na autoeficácia percebida pelas pessoas e famílias (V. Silva et al., 2025). Em Portugal, uma parte significativa da população não beneficia de acompanhamento clínico estruturado após a alta, o que favorece situações de insegurança, falhas terapêuticas e eventos adversos evitáveis, como quedas, desidratação, infeções respiratórias e urinárias ou síndrome de imobilidade (Rafael Ferreira et al., 2025).

O CI assume relevância central neste processo, uma vez que a transição do hospital para o domicílio implica frequentemente a assunção de novas responsabilidades associadas à prestação de cuidados complexos em ambiente não controlado, gerando *stress*, ansiedade e risco de sobrecarga física e emocional (M. Nunes et al., 2025; Rogério Ferreira et al., 2024). A evidência demonstra que a transição pode impactar negativamente a saúde e a qualidade de vida do CI de pessoas com dependência funcional, sendo determinante que este esteja consciente do seu novo papel, receba apoio e desenvolva competências, mantendo o seu bem-estar físico e mental (Rogério Ferreira et al., 2024; L. Oliveira et al., 2025). Quando os CI se percebem preparados, referem maior confiança e capacitação, diminuindo a incerteza, o receio de cuidar do familiar e o *stress* emocional (T. Lima et al., 2022). Entre as intervenções descritas como promotoras de transições seguras destacam-se não só a comunicação estruturada com os cuidados de saúde primários durante o internamento, a elaboração de planos de alta individualizados, as reuniões familiares com participação ativa da pessoa, a utilização de *checklists* integrando necessidades identificadas, recursos comunitários e produtos de apoio. Como também programas de educação para a saúde orientados para a autogestão e a identificação precoce de sinais de alerta, as Visitas Domiciliárias (VD) e o *follow-up* precoce após a alta, com recurso à tele saúde, representando uma estratégia facilitadora, permitindo esclarecer dúvidas, reforçar orientações e promover sentimento de segurança e continuidade no período pós-alta (L. Oliveira et al., 2025; M. Ferreira et al., 2025; Pedrosa et al., 2021).

A capacitação da pessoa e da família constitui um elemento central para o sucesso da transição e para a continuidade do processo de reabilitação. Estrutura-se em dois eixos interdependentes — os conhecimentos (desenvolvidos através dos ensinamentos) e as capacidades (adquiridas por meio da instrução e do treino) — integrando a participação ativa da família e favorecendo estratégias adaptativas na realização das AVD, com efeitos positivos na qualidade de vida e na redução de reinternamentos (Correia et al., 2023; L. Sousa et al., 2020; RNAO, 2023). Na perspetiva de Meleis (2012), o conhecimento é entendido como instrumento de empoderamento, pelo que as intervenções de Enfermagem devem promover conhecimento, desenvolvimento de competências e autonomia na tomada de decisão, favorecendo respostas adaptativas à transição, segurança e bem-estar (Gouveia et al., 2025). Paralelamente, o empoderamento emerge como o resultado deste percurso, traduzindo-se na construção de um contexto promotor da autonomia, no qual a pessoa se assume como agente central das decisões relativas ao seu projeto de saúde, reforçando a autoconfiança, a motivação e a adoção de comportamentos de autocuidado sustentáveis (L. Sousa et al., 2020; Melo, 2024). A literacia em saúde assume uma identidade de mediador fundamental na capacidade de autocuidado e autogestão, enquanto níveis baixos de literacia podem comprometer a compreensão das estratégias de readaptação e aumentar o risco de resultados desfavoráveis no período pós-alta (C. Matos et al., 2025; Teixeira et al., 2023). A educação para a saúde enquanto processo planeado de aprendizagem, tendo o Enfermeiro e em particular o EEER como agente ativo na promoção da literacia, deve integrar ensino, instrução e treino de habilidades, gestão do cuidado, ergonomia e acesso a recursos, indo além da mera transmissão de informação (C. Oliveira et al., 2021, I. Oliveira et al., 2025).

A família, enquanto unidade relacional, contexto primário de suporte e agente propulsor da própria saúde, desempenha uma responsabilidade determinante na transição e no regresso ao domicílio. Para além de cuidadora, constitui um elemento facilitador da readaptação funcional, da reeducação e da continuidade do processo de reabilitação, contribuindo para a segurança e para a permanência da pessoa no domicílio com qualidade de vida e apoio adequado (C. Oliveira et al., 2021; Correia et al., 2023; RNAO, 2023, 2025). O envolvimento da família permite integrar a história de vida, preferências, hábitos e preocupações da pessoa, favorecendo cuidados verdadeiramente centrados na pessoa e alinhados com objetivos significativos, guiando-nos sempre pela premissa do envelhecimento ativo— as crianças de ontem, são os adultos de hoje e serão os avós de amanhã (Galvão & Gomes, 2021). A centralidade do domicílio neste processo é incontornável, pois constitui um espaço privilegiado para as intervenções de Enfermagem centradas na pessoa e na família, promotoras de funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Este permite compreender com maior fidelidade as respostas humanas no quotidiano e adaptar a reabilitação à realidade e prioridades da pessoa (C. Oliveira et al., 2021).

Face ao exposto, a transição hospital–domicílio deve ser entendida como um processo contínuo que se inicia na admissão, se desenvolve durante o internamento e se prolonga no período pós-alta, exigindo planeamento precoce, articulação hospital–comunidade, comunicação eficaz, acompanhamento estruturado e intervenção centrada realmente na pessoa e na família (Baixinho & Ferreira, 2020; Gomes et al., 2025; M. Ferreira et al., 2025). A coordenação eficaz dos cuidados de transição deve orientar-se para a manutenção e recuperação da capacidade funcional, para a capacitação do CI e para a prevenção de complicações evitáveis, contribuindo para transições seguras, melhoria da qualidade de vida e sustentabilidade dos sistemas de saúde (Rafael Ferreira et al., 2025; Rogério Ferreira et al., 2024).

#### **1.4. “E depois da alta?” – A responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação centrada na pessoa e família**

O momento da alta hospitalar constitui um ponto crítico no percurso de cuidados, frequentemente associado à necessidade de readaptação perante alterações significativas na funcionalidade, aumento da dependência no autocuidado e redefinição de papéis familiares. Estas circunstâncias configuram processos de transição complexos, nos quais a pessoa e a família se encontram particularmente vulneráveis, exigindo intervenções especializadas que assegurem continuidade, segurança e adaptação à nova condição de saúde (Baixinho & Ferreira, 2020; Matos & Simões, 2020; Petronilho et al., 2021). À luz da questão “e depois da alta?”, o EEER assume-se como profissional-chave na facilitação da transição saúde–doença, promovendo capacitação, continuidade assistencial e transições saudáveis, sustentadas e ajustadas ao contexto real de vida da pessoa e da família (C. Oliveira et al., 2021; Meleis, 2012). Com efeito, na ER, o cuidar não se reduz à execução de atos: é intencional, deliberado e sustentado num corpo disciplinar próprio, exigindo que a *práxis* se fundamente na melhor evidência disponível num contexto inevitavelmente transdisciplinar, sem perder de vista a dignidade humana e a autonomia de vontade da pessoa, mesmo quando esta se encontra inserida em ambientes condicionados por determinantes organizacionais, sociais ou culturais (Melo, 2024). Assim, promover o empoderamento constitui uma dimensão indissociável da intencionalidade inerente ao processo de Enfermagem, orientando o EEER para intervenções que potenciam escolhas informadas, participação ativa e compromisso com o projeto pessoal de saúde (Melo, 2024).

Nesta perspetiva, a intervenção do EEER transcende o ato de cuidar, integrando, de forma sistemática, as dimensões do ensino, da instrução e do treino, com impacto direto na readaptação funcional da pessoa e da família no regresso ao domicílio (L. Sousa et al., 2020; Matos & Simões, 2020). Sustentado pelo Regulamento n.º 392/2019, o EEER detém competências específicas que o habilitam a capacitar a

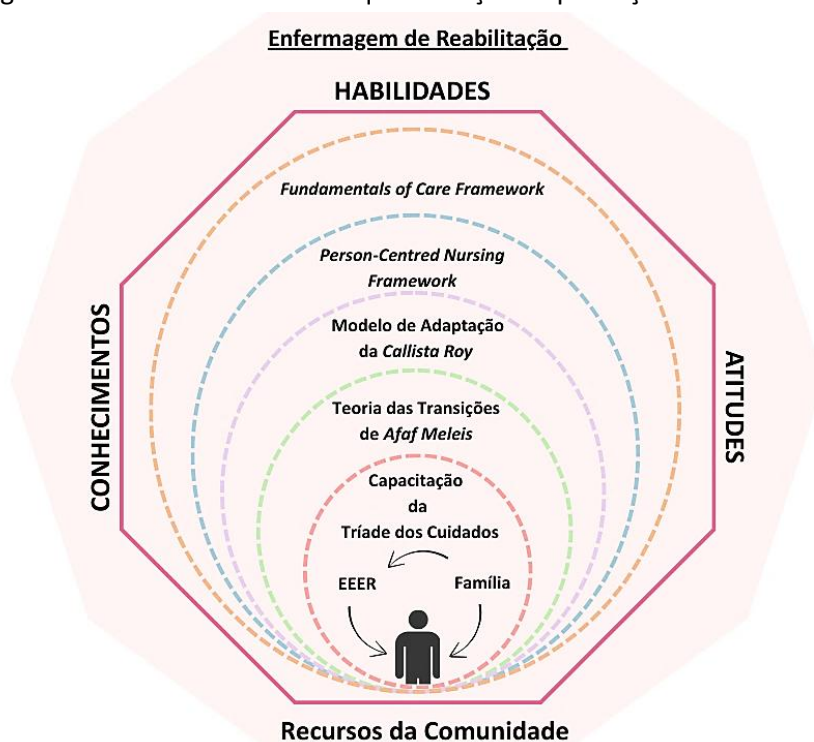
pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, promovendo o autocuidado, a reinserção social e o exercício da cidadania (OE, 2023). A capacitação operacionalizada pelo EEER estrutura-se em dois focos interdependentes: o desenvolvimento de conhecimentos — através do ensino, orientação e educação para a saúde — e a aprendizagem de capacidades — concretizada por meio da instrução, treino e prática supervisionada. Trata-se de um processo que favorece *empowerment*, tomada de decisão partilhada e passagem à ação, permitindo que a pessoa desenvolva competências para enfrentar, com segurança, os desafios do quotidiano após a alta (Baixinho & Ferreira, 2020; L. Sousa et al., 2020). Esta aprendizagem de capacidades traduz-se em ganhos funcionais, particularmente na realização das AVD, reforçando a capacidade funcional como indicador central de efetividade da intervenção do EEER (Reis & Bule, 2023; Teixeira et al., 2023).

A atuação do EEER, porém, não se esgota na dimensão técnica e educativa: implica uma responsabilidade acrescida na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, centrados nas respostas humanas, e desenvolvidos na lógica de decisão partilhada (Deodato, 2023; Vasconcelos, 2021). A ética que orienta o agir do EEER não se afasta da ética de qualquer Enfermeiro: emerge da relação estabelecida com a pessoa e mantém-se inalterada perante a condição clínica, funcional ou social de quem é cuidado (Vasconcelos, 2021). Deste modo, a dignidade humana constitui o fundamento primeiro do cuidar, exigindo que o Enfermeiro aja no respeito integral pela pessoa, reconhecendo que as respostas humanas se inscrevem numa biografia, em valores, crenças e projetos de vida, bem como no contexto sociocultural, que devem ser integrados no planeamento e execução dos cuidados (Deodato, 2023). A tomada de decisão partilhada concretiza, em particular, o respeito pela autonomia, articulando-se com os princípios da beneficência, não maleficência e justiça, que sustentam o dever de agir no melhor interesse da pessoa (OE, 2015a; Regulamento n.º 140/2019; Vasconcelos, 2021). Acresce que o valor da verdade se articula com a justiça e com o respeito pela privacidade, exigindo comunicação ética e transmissão de informação adequada, compreensível e responsável (RNAO, 2023; Vasconcelos, 2021). Ainda que a pessoa seja progressivamente envolvida como parceira no processo de reabilitação, compete ao EEER, enquanto detentor de conhecimento científico e responsabilidade legal e deontológica, assumir a decisão clínica, procurando sempre consenso com a pessoa, a família e a equipa transdisciplinar, sobretudo em situações de vulnerabilidade acrescida (Deodato, 2023; Regulamento n.º 140/2019).

Em termos disciplinares, a ER insere-se no domínio da Enfermagem Avançada, mobilizando um corpo de conhecimentos próprios, sistematizado e orientado para a prática especializada (Ribeiro et al., 2021). Assim, a *práxis* do EEER deve ser sustentada na Prática Baseada na Evidência (PBE), integrando a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica do profissional e a perspetiva da pessoa

— crenças, expetativas e respostas humanas — como pilares indissociáveis do raciocínio clínico e da tomada de decisão (Melo, 2024; Rodrigues & Cardoso, 2022). O aumento exponencial da produção científica, a persistente lacuna entre investigação e prática e as exigências crescentes de qualidade e segurança reforçam a centralidade desta abordagem na atuação do EEER (Pestana, 2023b; Rodrigues & Cardoso, 2022). Em complementaridade, documentos internacionais sublinham a responsabilidade nuclear da Enfermagem na garantia de cuidados pautados por qualidade, segurança, responsabilidade social e melhoria contínua, convergindo com recomendações que reforçam a responsabilidade dos Enfermeiros, sobretudo dos EEER, na implementação de intervenções centradas na pessoa e sustentadas pela evidência mais recente (RNAO, 2025; WHO, 2025c). A complexidade do regresso ao domicílio — enquanto fenómeno multidimensional e dinâmico — exige do EEER uma articulação coordenada de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos da comunidade, em conjugação com um referencial teórico capaz de sustentar uma leitura abrangente da pessoa, da família e do contexto, condição essencial para a promoção de transições seguras (L. Sousa et al., 2020; RNAO, 2025). Neste sentido, a *práxis* do EEER apoia-se em referenciais teóricos robustos que consolidam a Enfermagem, reforçando autonomia profissional e cuidados intencionais, éticos e reflexivos (Ribeiro et al., 2021; Vargas et al., 2025). Foi, assim, elaborado um diagrama integrador (Figura 1) que explicita a articulação concetual entre quatro referenciais que foram norteadores de todo o percurso formativo, que permitiram a tomada de decisão e capacitação da tríade dos cuidados (Pessoa-Família-EEER) fundamentadas.

**Figura 1.** Diagrama do Referencial Teórico que alicerça a Capacitação da Tríade dos Cuidados



Fonte: Elaboração Própria.

O *Fundamentals of Care Framework* constitui a base estruturante do cuidar, enfatizando a relação terapêutica, a integração dos cuidados fundamentais e a influência do contexto — dimensões determinantes para a continuidade e segurança dos cuidados no período pós-alta (Kitson, 2018). A dimensão relacional destaca a centralidade da qualidade da relação terapêutica estabelecida entre o Enfermeiro e a pessoa, sustentada em princípios como a empatia, a confiança e a comunicação eficaz, elementos essenciais para a compreensão das respostas humanas e das expectativas associadas ao processo de cuidar (Kitson et al., 2013). A integração dos cuidados visa responder de forma articulada às respostas humanas — físicas, psicossociais e relacionais —, enquanto a dimensão contextual reconhece o impacto dos fatores organizacionais, da disponibilidade de recursos e das condições de segurança na qualidade dos cuidados, assumindo particular relevância nos contextos comunitários (International Learning Collaborative, 2025; Kitson, 2018).

Em complementaridade, o *Person-Centred Nursing Framework* reforça a centralidade da parceria, reconhecendo pessoa e família como agentes ativos da reabilitação, valorizando crenças, expectativas e preferências, promovendo *empowerment* e corresponsabilização (McCance & McCormack, 2025). Este referencial organiza-se em cinco domínios inter-relacionados que integram o conhecimento em Enfermagem, os atributos e competências do Enfermeiro, o contexto onde os cuidados são prestados, os processos orientados para a pessoa e os *outcomes* alcançados, traduzindo experiências de cuidado positivas e potenciadoras da autonomia (McCance & McCormack, 2025). O Modelo de Adaptação de *Callista Roy* sustenta a avaliação sistemática das respostas humanas aos estímulos internos e externos, orientando a intervenção para promover respostas adaptativas eficazes nos quatro modos: fisiológico (respostas físicas da pessoa), autoconceito (dimensão psicológica e espiritual), desempenho de papéis (interação social e participação na comunidade) e interdependência (relações significativas e como estas contribuem para os processos de adaptação), particularmente relevantes no pós-alta (Ribeiro et al., 2021; Tomey & Allgood, 2004). Por sua vez, a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* introduz a dimensão temporal e experiencial do cuidar, permitindo compreender a alta e o regresso ao domicílio como transições complexas, múltiplas e simultâneas, orientando o EEER na identificação de fatores facilitadores e inibidores, na monitorização de padrões de resposta e na implementação de terapêuticas de Enfermagem que promovam adaptação, mestria e reformulação da identidade (Meleis, 2010; 2012; Petronilho et al., 2021). Esta abordagem revela-se particularmente pertinente, uma vez que, em ER, é frequente a pessoa vivenciar mais do que um tipo de transição em simultâneo, tornando determinante reconhecer a multiplicidade e singularidade da experiência como condição para sustentar participação, autonomia e corresponsabilização (Gouveia et al., 2025; Reis et al., 2021).

No centro deste referencial integrador emerge, assim, a capacitação da tríade pessoa–família–EEER, concebida como processo contínuo de aprendizagem, coevolução e adaptação, traduzindo a reconstrução de um “novo eu” sobre um “eu antigo”. Concretamente, o EEER promove a capacitação da pessoa e da família através do desenvolvimento de conhecimentos e da aprendizagem de capacidades, potenciando a autonomia e a independência no processo de reabilitação (L. Sousa et al., 2020). Simultaneamente, a singularidade e complexidade das situações vivenciadas pela pessoa e pela família constituem um desafio permanente ao próprio EEER, impulsionando o desenvolvimento contínuo de competências avançadas e a consolidação de uma *práxis* de excelência, ajustada às respostas humanas e orientada para transições seguras, contínuas e de qualidade. A permeabilidade e a interdependência entre os referenciais, representadas pelos círculos a tracejado (Figura 1), refletem a natureza dinâmica da reabilitação e a necessidade de ajustar continuamente intervenções às mudanças contextuais, pessoais e organizacionais, garantindo transições seguras, humanizadas e orientadas para funcionalidade, autonomia e qualidade de vida (Meleis, 2012; Regulamento n.º 392/2019; RNAO, 2023, 2025). A escolha deste referencial teórico integrador justifica-se pela natureza multidimensional das transições associadas ao regresso ao domicílio, na medida em que nenhum modelo ou teoria, isoladamente, permitiria compreender e orientar, de forma suficientemente abrangente, a intervenção do EEER.

Desta forma, a preparação do regresso ao domicílio constitui uma dimensão central da intervenção do EEER, exigindo planeamento precoce (desde o momento da admissão), avaliação sistemática e articulação com recursos comunitários, assegurando a continuidade, a readaptação funcional e a prevenção de complicações, refletindo um indicador relevante de cuidados de ER de qualidade (Baixinho & Ferreira, 2020; Gouveia et al., 2025; Matos & Simões, 2020; Melo, 2024). Esta atuação, concretamente, inclui intervenções no âmbito da capacitação da pessoa, família e CI perante as alterações da funcionalidade, recorrendo ao *método teach-back*; da verificação da necessidade de aquisição de produtos de apoio no treino das capacidades remanescentes; da identificação de barreiras arquitetónicas no domicílio e da orientação para a sua eliminação, promovendo acessibilidade e inclusão social (Matos & Simões, 2020; OE, 2023; Rute Pereira et al., 2021). O EEER detém competências para seleção, prescrição, instrução e treino do uso de produtos de apoio e dispositivos de compensação na realização das AVD, promovendo readaptação funcional, a prevenção de complicações e integração na comunidade (OE, 2018b, 2023; Regulamento n.º 392/2019), e assume ainda uma dimensão da advocacia, capacitando a pessoa para reivindicação de direitos e participação ativa em decisões sociais e políticas que influenciam o seu percurso de vida (Rute Pereira et al., 2021). A organização dos cuidados de ER à pessoa com alterações da funcionalidade, requer uma abordagem

integrada e contínua, e a evidência aponta que as estratégias familiares, os recursos na comunidade e os produtos de apoio influenciam a assunção do papel de CI e a vivência do regresso ao domicílio, reforçando a importância do EEER no aconselhamento, facilitação do acesso a recursos e capacitação para utilização segura e eficaz (J. Mendes et al., 2024). Acresce que a transição de cuidados deve ser orientada por um modelo colaborativo, transdisciplinar e culturalmente sensível, ajustado aos valores e especificidades de cada pessoa, sendo particularmente exigente em situações de doenças crónicas, que convocam necessidades complexas e múltiplas transições (Goes et al., 2023; L. Sousa et al., 2020; RNAO, 2003,2023,2025).

Em termos metodológicos, a *práxis* do EEER estrutura-se segundo o Processo de Enfermagem enquanto metodologia científica que organiza o pensamento crítico, sustenta a tomada de decisão e favorece um desempenho sistemático e intencional (Ribeiro et al., 2021). A avaliação inicial deve recorrer a instrumentos de recolha de dados válidos e fiáveis, com propriedades psicométricas robustas, permitindo identificar respostas humanas e o “potencial para melhorar” da pessoa, orientando intervenções individualizadas e a análise da sua efetividade (L. Sousa et al., 2023; OE, 2016). A formulação de diagnósticos e a prescrição de intervenções beneficiam do uso de linguagem comum e classificações padronizadas, destacando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e, recentemente, a Ontologia de Enfermagem pela sua relevância na organização do raciocínio clínico, na continuidade de cuidados e no desenvolvimento disciplinar (ICN, 2019; OE, 2021b; Pestana, 2023b). As intervenções especializadas centram-se no autocuidado, nas AVD, no treino de capacidades remanescentes, em estratégias adaptativas, no exercício físico e na adaptação do domicílio (B. Novo, Guerra et al., 2025; OE, 2023).

Neste quadro, a documentação clínica constitui um eixo de qualidade, segurança e continuidade. A uniformização dos registos através de terminologia padronizada, como a CIPE®, reduz a variabilidade documental, assegura consistência de linguagem e reforça a visibilidade do contributo específico da ER, favorecendo a produção de indicadores sensíveis e o desenvolvimento da investigação, alicerces que concorrem para o fortalecimento da identidade profissional (Gaspar et al., 2021; Ribeiro et al., 2021). A utilização de sistemas de informação em ER potencia a gestão de informação e a comunicação, sendo determinante para suportar o juízo clínico e a demonstração da efetividade dos cuidados especializados (Pestana, 2023b). Nesse sentido, o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER constitui um instrumento normativo estruturante, traduzindo diagnósticos e intervenções específicas, permitindo monitorização e objetivação do contributo do EEER nos ganhos em saúde (OE, 2015b). A *práxis* encontra ainda orientação nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER (PQCEER), enquanto alicerces para a avaliação sistemática da eficácia e da

qualidade das intervenções, permitindo identificar oportunidades de melhoria contínua e assegurar a valorização da ER (OE, 2018b; WHO, 2023). Importa salientar que a intervenção do EEER se alinha com as políticas de envelhecimento ativo e de promoção da esperança de vida saudável, promovendo autonomia, participação social, literacia em saúde e qualidade de vida, preferencialmente no domicílio e na comunidade, em consonância com a iniciativa *Rehabilitation 2030*, que reafirma a reabilitação como direito humano e pilar da Cobertura Universal de Saúde (L. Sousa et al., 2025; WHO, 2023).

Por fim, a literatura evidencia que uma *práxis* centrada na pessoa se associa a maior envolvimento, satisfação, compreensão do processo terapêutico e adesão aos programas de reabilitação, onde o sucesso depende da participação ativa e da definição conjunta de objetivos (Goes et al., 2023; Jesus et al., 2022; RNAO, 2025). Este paradigma é reforçado pela utilização de medidas reportadas pela pessoa: os *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) que recolhem informação autorreportada sobre as respostas humanas quanto a sintomas, funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida, enquanto os *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) avaliam a experiência da pessoa face aos cuidados, incluindo comunicação, relação terapêutica e coordenação (Benson, 2023). Paralelamente, os *Family-Reported Outcome Measures* (FROMs), permitem captar o impacto da doença e da reabilitação na vida de familiares e CI, incluindo a sobrecarga emocional, alterações na vida diária e na dinâmica familiar (Lambert et al., 2025). Assim, a adoção de métricas centradas na perspetiva da pessoa e da família revela-se indispensável para reforçar qualidade, segurança e demonstrar a efetividade da intervenção, tornando visíveis os ganhos sensíveis aos cuidados de ER e fortalecendo a legitimidade científica e social da ER, o que encontra respaldo na *Agency for Healthcare Research and Quality* (Hoy et al., 2021).

Em síntese, a capacitação da tríade de cuidados, centrando os mesmos na pessoa e na família, constitui a base epistemológica e ética da ER e configura o paradigma a consolidar enquanto futura EEER. A articulação entre princípios éticos, PBE, referenciais teóricos robustos, políticas de saúde, processo de Enfermagem e avaliação orientada por resultados sensíveis aos cuidados de ER permite uma intervenção mais humanizada, efetiva e significativa. Reabilitar não se limita à recuperação ou manutenção de funções: implica promover a autonomia, maximizar a funcionalidade e incentivar a participação, reconhecendo a pessoa como sujeito de direitos e agente ativo do seu projeto de saúde (Regulamento n.º 392/2019; RNAO, 2025). Destarte, o EEER afirma-se como profissional determinante na facilitação de transições seguras, na continuidade de cuidados e na gestão de situações complexas, pelo que este enquadramento concetual sustenta a leitura crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo, permitindo compreender de que forma a *práxis* em cada contexto contribuiu para a consolidação do agir do EEER.

## 2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

“Nurses are in key positions to facilitate transitions and promote healthy outcomes.”

(Meleis, 2010, p. 63)

O desenvolvimento de competências em ER tem como finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se na tendência de ganhos significativos na funcionalidade e na autonomia, com consequentes efeitos positivos na qualidade de vida das pessoas. Este desenvolvimento consubstancia-se num percurso progressivo e dinâmico, no qual a formação académica, a *práxis*, a reflexão crítica e o treino sistemático se articulam de forma integrada. A gestão da competência assenta em três pilares fundamentais — conhecimentos, habilidades e atitudes — integrando simultaneamente a descrição do desempenho esperado e os critérios essenciais que permitem evidenciar a sua concretização (Barata, 2023). Destarte, o EEER enquanto principal responsável pelo seu percurso formativo e desenvolvimento profissional, reconhece que o autoconceito profissional evolui progressivamente de uma fase de maior dependência para níveis crescentes de autonomia. Este processo é sustentado pelas experiências vivenciadas, enquanto catalisadoras da aprendizagem significativa, devendo esta ocorrer de forma contextualizada e coerente com os projetos, os contextos e as realidades em que o indivíduo se insere (Barata, 2023).

Neste sentido, a elaboração do Plano de Atividades (PA) (Apêndice I) constituiu um instrumento estruturante para o planeamento e orientação do processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EEER ao longo dos Estágios. Este planeamento visou sustentar uma intervenção centrada na pessoa e na família, junto de indivíduos que apresentam limitações da atividade e/ou restrições na participação ao longo de todo o ciclo de vida, com o objetivo de promover a funcionalidade, melhorar a readaptação funcional e facilitar a reintegração social (Regulamento n.º 392/2019). A partir do PA, foram delineados objetivos específicos que serão analisados de forma crítico-reflexiva, à luz das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de Estágio, permitindo integrar o conhecimento teórico através das intervenções implementadas.

### 2.1. Apreciação dos Contextos de Estágio

A formação de adultos, enquanto processo ancorado na aprendizagem pela ação, pela experiência e pela interação, assume particular relevância nos contextos profissionais, entendidos como espaços privilegiados de construção de conhecimento, desenvolvimento pessoal e transformação da *práxis*, potenciando o estudante enquanto sujeito ativo, agente de mudança e inovação ao longo do seu

percurso formativo e profissional (M. Sousa, 2024). Neste sentido, a vivência dos diferentes contextos de Estágio, que se apresentam de seguida, revelou-se determinante para o meu percurso formativo, contribuindo para a aquisição e consolidação de competências e, sobretudo, para o aprofundamento da intencionalidade do cuidar com a pessoa e a família.

### **2.1.1. Apreciação do Contexto da Comunidade**

Em Portugal, o progressivo envelhecimento da população tem vindo a assumir uma expressão cada vez mais significativa, não só com impacto direto na estrutura demográfica, dinâmicas populacionais e na sustentabilidade dos sistemas de saúde, como também no aumento das situações de dependência (C. Oliveira et al., 2021; DGS, 2022; S. Santos, 2024). Paralelamente, mantém-se, tanto a nível individual como coletivo, a expectativa de que as pessoas possam permanecer no seu domicílio pelo maior tempo possível, o que implica a mobilização de recursos e estratégias que sustentem essa permanência de forma segura e com qualidade (S. Santos, 2024). Neste contexto, as transições de cuidados entre o hospital e o domicílio exigem uma intervenção articulada dos profissionais de saúde, em conjunto com a pessoa e família como elementos centrais do processo (RNAO, 2023). Esta articulação visa assegurar a continuidade dos cuidados e a permanência da pessoa no seu ambiente habitual, com o suporte necessário para manter a sua qualidade de vida (C. Oliveira et al., 2021; RNAO, 2025).

Face a estas necessidades, foi criada a RNCCI, com o objetivo de responder às exigências impostas pelas alterações funcionais e pela dependência associada aos processos de doença e envelhecimento (Instituto da Segurança Social, 2014). Neste sentido, a UCC onde decorreu o percurso de Estágio de Reabilitação na Comunidade, encontra-se integrada numa ULS da Grande Lisboa, apresentando um índice de dependência de 63,26%. A sua missão centra-se na melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através da prestação de cuidados de proximidade orientados para a obtenção de ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2025a). O município onde se insere caracteriza-se por uma elevada diversidade cultural (Ministério da Saúde, 2022), aspeto que se assume como estrutural na adequação dos cuidados às respostas humanas das pessoas, exigindo dos EEER uma capacidade acrescida de reflexão crítica, adaptação e prestação de cuidados culturalmente sensíveis, humanizados e equitativos (RNAO, 2003). A referida UCC integra uma equipa transdisciplinar constituída por vinte Enfermeiros, uma assistente operacional, uma secretária clínica, três fisioterapeutas, uma técnica superior de serviço social e uma psicóloga (Ministério da Saúde, 2025a). Sob a coordenação de um Enfermeiro Gestor, esta unidade inclui três ECCI, responsáveis pela prestação de cuidados domiciliários diferenciados a pessoas em situação de dependência funcional, em processo de reabilitação, com múltiplas comorbilidades ou em fase terminal (Ministério da Saúde,

2022). Durante o Estágio, foi possível observar que a Equipa Referenciadora assume a centralização e análise dos pedidos de referência para a RNCCI, procedendo à avaliação clínica e social das situações identificadas. Esta equipa, constituída por duas Enfermeiras e uma técnica superior de serviço social, desenvolve a sua intervenção em estreita articulação com os médicos de família, assegurando a adequação e continuidade dos cuidados.

Atualmente, o modelo de organização do trabalho das ECCI assenta na gestão de caso, garantindo cuidados individualizados, tanto a pessoas integradas na RNCCI, como a pessoas encaminhadas pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (RNAO, 2025). No domínio da prestação de cuidados, destacam-se diversos projetos de melhoria contínua inseridos na gestão da saúde e da doença, integrados na atividade das ECCI, com particular relevo, evidencia-se o Projeto de Reabilitação. No âmbito da intervenção comunitária, são igualmente desenvolvidas iniciativas direcionadas para Cuidadores Formais e Informais, bem como ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável. Para além disso, a UCC dinamiza projetos inovadores em áreas como a intervenção em contexto escolar, a saúde reprodutiva e o apoio a crianças e jovens em situação de vulnerabilidade ou risco.

O Projeto de Reabilitação da UCC, implementado em 2017 no âmbito das ECCI, tem como objetivo central a promoção da funcionalidade e da qualidade de vida da pessoa com limitações, no contexto domiciliário, através do desenvolvimento de capacidades que resultem na readaptação funcional durante as AVD (Ministério da Saúde, 2021). Este projeto encontra-se alinhado com as orientações do Plano Nacional de Saúde 2021–2030, que reconhece a reabilitação como um eixo essencial ao longo do ciclo de vida, assegurando cuidados equitativos e acessíveis (DGS, 2022), bem como com a iniciativa “Rehabilitation 2030” da OMS (WHO, 2023). Cada ECCI integra, pelo menos, um EEER, que realiza uma VD no momento da admissão da pessoa, com vista à verificação dos critérios de inclusão no projeto. Estes critérios contemplam pessoas referenciadas e integradas em ECCI, com alterações da funcionalidade decorrentes de eventos agudos, sem acesso a reabilitação no setor privado e que demonstrem motivação e potencial para melhorar os conhecimentos e as capacidades nas AVD.

No momento da admissão, é efetuada uma avaliação inicial recorrendo a instrumentos de recolha de dados definidos pela equipa de ER, tais como o Índice de *Barthel*, a Medida de Independência Funcional (MIF), a Escala de *Braden*, a Escala de Equilíbrio (plataforma *SClínico*®), a Escala *Medical Research Council* (MRC) Modificada, a Escala de Quedas de *Morse*, a Tabela Nacional da Funcionalidade e a Escala de *Lawton* e *Brody* (DGS, 2011, 2019; OE, 2016). Com base nesta avaliação, é elaborado um plano individual de cuidados de ER em parceria com a pessoa e a família, no qual são definidos objetivos, intervenções e critérios de avaliação ajustados às respostas humanas identificadas

(Ministério da Saúde, 2021). Os sistemas de informação utilizados para a documentação dos dados relativos às pessoas alvo de cuidados, às famílias e ao planeamento e gestão dos cuidados por parte do EEER são as plataformas *GestCare CCI*® e *SCLínico*®, sendo que esta última incorpora a linguagem CIPE®, o que permite a produção automática de indicadores sensíveis aos cuidados de ER e a articulação de um conjunto de dados essenciais para a tomada de decisão por parte do EEER (Sousa & Oliveira, 2024). A análise do Relatório do Projeto de Reabilitação de 2024 evidencia uma elevada prevalência de dependência funcional na população idosa acompanhada, frequentemente associada a diagnósticos como AVC, fraturas e síndrome de imobilidade (Ministério da Saúde, 2025b). Estes dados contextualizam e reforçam a complexidade das necessidades de reabilitação em contexto domiciliário, sublinhando a relevância de uma avaliação estruturada e de intervenções especializadas e orientadas para as reais respostas humanas.

### **2.1.2. Apreciação do Contexto de Internamento num Centro de Reabilitação**

No âmbito do EP, uma parte significativa do percurso formativo decorreu num CR de referência na região da Grande Lisboa. O respetivo CR foi inaugurado em 1966, com o propósito de promover a integração social das pessoas com limitações motoras, através do assegurar das suas respostas humanas. Trata-se de uma instituição vocacionada para a reabilitação de pessoas e para a formação de profissionais, assumindo como missão a promoção da máxima funcionalidade, o reforço das capacidades individuais e o apoio à adaptação do projeto de vida da pessoa e da família (Ministério da Saúde, 2025c). A instituição dispõe de três serviços de internamento, no terceiro piso localiza-se um serviço de reabilitação de adultos, destinado a pessoas com sequelas de AVC, Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE) e amputações. O segundo piso é dedicado à reabilitação pediátrica e do desenvolvimento. Já no primeiro piso encontra-se outro serviço de reabilitação de adultos, direcionado para pessoas com LVM, AVC e outras patologias neurológicas. Este piso encontra-se subdividido em dois serviços distintos (1.º direito e 1.º esquerdo), sendo que o EP decorre no 1.º direito. Este serviço dispõe de 32 vagas, distribuídas por cinco enfermarias e um quarto, integrando ainda um refeitório e gabinetes de apoio à equipa transdisciplinar (Ministério da Saúde, 2025c).

Durante o período de internamento, a pessoa é acompanhada por uma equipa transdisciplinar que, de forma articulada, define o programa de reabilitação e procede à reavaliação regular das respostas humanas da pessoa alvo de cuidados. O programa de reabilitação pode integrar diferentes unidades terapêuticas, nomeadamente Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Nutrição, Psicologia e treino das AVD. A equipa de Enfermagem é constituída por um Enfermeiro-Chefe, Enfermeiros de Cuidados Gerais e EEER, adotando o método de trabalho de Enfermeiro Responsável, com enfoque na

centralidade da pessoa e da família. O EEER assume uma responsabilidade preponderante ao longo de todo o percurso de internamento, desde a admissão até à alta, intervindo nas áreas da reeducação funcional motora, respiratória, sensitiva e cognitiva. Estas intervenções visam promover a readaptação funcional em diferentes domínios das AVD, preparando progressivamente a pessoa e a família para o regresso ao domicílio.

No que respeita à caracterização da população acompanhada neste contexto de Estágio, os dados institucionais, facultados pelo Enfermeiro Gestor, referentes ao ano de 2024 evidenciam que foram prestados cuidados a cerca de 211 pessoas, com predomínio do sexo masculino. As faixas etárias mais representativas situaram-se entre os 61–70 anos e os 71–80 anos, refletindo o padrão de envelhecimento progressivo amplamente descrito na evidência científica. As pessoas admitidas apresentaram um tempo médio de internamento de 57,8 dias, verificando-se que aproximadamente 30% dos episódios corresponderam a reinternamentos, o que traduz a complexidade clínica e funcional das situações acompanhadas e a necessidade de intervenções de reabilitação prolongadas e altamente diferenciadas. Relativamente às patologias predominantes, destacam-se as LVM, de origem traumática e não traumática, com maior prevalência de casos classificados como ASIA D, bem como o AVC, sobretudo de etiologia isquémica. No que concerne às limitações funcionais identificadas, cerca de 34,5% das pessoas apresentavam quadros de hemiparésia e aproximadamente 28% evidenciavam paraplegia, reforçando o elevado grau de dependência funcional e a exigência de programas de reabilitação intensivos, estruturados e orientados para a maximização da funcionalidade e reforço das capacidades remanescentes (Regulamento n.º 392/2019).

Neste contexto, evidencia-se o papel estruturante dos CR no SNS, enquanto resposta diferenciada à crescente complexidade das respostas humanas em saúde e à necessidade emergente de desenvolver soluções fora do contexto hospitalar tradicional, capazes de assegurar cuidados contínuos, integrados e orientados para a readaptação funcional da pessoa com limitações e deficiência. No âmbito de um acordo recente estabelecido entre o CR onde decorreu o EP e a Administração Central do Sistema de Saúde (2025), encontra-se prevista a articulação entre os regimes de internamento e ambulatório em cuidados de reabilitação, possibilitando uma transição segura entre os diferentes níveis de cuidados (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; RNAO, 2023). O acesso aos cuidados no CR realiza-se mediante referência proveniente de hospitais, unidades da RNCCI e centros de saúde. O processo inicia-se com uma consulta de Medicina Física e de Reabilitação, na qual é definido o plano de intervenção e efetuada a referência para internamento ou para regime de ambulatório. O CR disponibiliza programas intensivos de reabilitação e diversos laboratórios de meios complementares de diagnóstico, tais como provas de função respiratória, estudos urodinâmicos e laboratório de

marcha. Adicionalmente, não só integra um Núcleo de Animação Cultural e Recreativa, essencial para o bem-estar das pessoas, como também um Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação (NER), que preconiza o desenvolvimento de atividades de partilha de conhecimentos atualizados e projetos inovadores, reforçando a identidade profissional dos EEER no CR. Como respostas inovadoras apresenta ainda a Telereabilitação e as Unidades Habitacionais de Autonomização (Ministério da Saúde, 2025c). No serviço onde decorreu o Estágio, a prática de cuidados encontra-se fortemente orientada pelos princípios da centralidade da pessoa e da família, em consonância com as orientações da RNAO (2025). A possibilidade de saída para o domicílio durante os fins de semana, mediante validação em reunião transdisciplinar, constitui uma estratégia relevante para reforçar a parceria com a família e facilitar a adaptação progressiva à realidade pós-alta. Esta experiência permite evidenciar, de forma concreta, a relevância da intervenção do EEER na preparação para a alta, consolidando competências de ensino e treino nas AVD e assegurando uma transição de cuidados estruturada e contínua da instituição para o domicílio. Neste processo, reforça-se simultaneamente a autonomia da pessoa e o suporte essencial à família, elementos centrais para a reintegração social (RNAO, 2025).

A documentação dos cuidados de Enfermagem é realizada através de instrumentos próprios em suporte papel, incluindo a avaliação inicial, o plano de cuidados e o diário de Enfermagem. Os Enfermeiros assumem igualmente a responsabilidade pela validação dos registos e das intervenções de Enfermagem, pela participação nas reuniões de definição de objetivos e nas reuniões familiares, nas quais são discutidos os resultados alcançados e os objetivos a atingir, tendo por base o plano de reabilitação e a preparação para a alta ou regresso ao domicílio. Este processo permite uma avaliação contínua do plano de reabilitação, sustentada em resultados consistentes e fidedignos. O EEER assume, neste contexto, uma responsabilidade determinante na planificação, monitorização e avaliação rigorosa das intervenções de reabilitação. Para tal, a *práxis* apoia-se em instrumentos de recolha de dados validados, fundamentais para orientar a tomada de decisão clínica e evidenciar ganhos em saúde. Entre estes destacam-se a Escala MRC Modificada, para avaliação da força muscular; a Escala de *Braden*, para avaliação do risco de úlceras de pressão; a Escala de Quedas de *Morse*, para avaliação do risco de queda; bem como a MIF, que permite avaliar o grau de independência da pessoa nas AVD (DGS, 2011, 2019; OE, 2016; RNAO, 2017).

Estes instrumentos, complementados pelo Sistema de Classificação, permitem não só identificar riscos e monitorizar resultados, mas também otimizar a gestão dos recursos humanos e materiais, revelando a necessidade de uma intervenção contínua e sustentada do EEER e assegurando equidade, segurança e qualidade dos cuidados prestados perante a complexidade inerente. No serviço em análise encontram-se implementados projetos orientados para a melhoria contínua da qualidade dos

cuidados de Enfermagem, com particular enfoque na prevenção de úlceras de pressão e da gestão do risco de queda. Relativamente a projetos específicos de ER, encontra-se prevista a implementação futura de um projeto direcionado para consultas de *follow-up* no âmbito do treino vesical.

### **2.1.3. Apreciação do Contexto Hospitalar: Hospital de Dia de Infeciologia e Internamento de Pneumologia**

Face ao impacto crescente do envelhecimento e da complexidade associada a patologias respiratórias crónicas, como a DPOC e as infeções por MNT, na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas, torna-se imprescindível compreender e experienciar contextos clínicos diferenciados onde a intervenção do EEER assume particular relevância. Neste sentido, no final do EP, foi realizada uma experiência formativa complementar, com a duração aproximada de quatro dias, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e consolidar competências de ER no âmbito do processo respiratório. Este Estágio decorreu num serviço integrado numa ULS da área de Lisboa, que compreende duas valências: o Hospital de Dia de Infeciologia e Internamento de Pneumologia. Este serviço encontra-se integrado num centro clínico de referência na área da Pneumologia, cuja atuação se estrutura em torno de três eixos estratégicos: a prestação de cuidados altamente diferenciados, assentes numa *práxis* inovadora e tecnologicamente sustentada, quer em contexto de internamento, quer em regime de ambulatório; a promoção da formação especializada dirigida a diferentes profissionais de saúde; e o desenvolvimento de investigação clínica no domínio das patologias respiratórias (Bárbara, 2024). Estes eixos, sustentados por princípios éticos e legais, competências acrescidas e conhecimento especializado, permitem assegurar cuidados de elevada qualidade no seio de uma equipa transdisciplinar, refletindo-se na experiência e satisfação das pessoas alvo de cuidados e no reconhecimento institucional deste serviço de referência (Bárbara, 2024).

A equipa transdisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros de cuidados gerais, fisioterapeutas e EEER, destacando-se a intervenção especializada destes últimos no âmbito da RR. A equipa de ER integra quatro EEER na prestação direta de cuidados e um EEER a desempenhar funções de gestão, adotando o método individual de trabalho. Esta organização evidencia o reconhecimento institucional da ER enquanto área nuclear no assegurar das respostas humanas complexas das pessoas com patologia respiratória crónica. O serviço de internamento de Pneumologia dispõe de uma capacidade de 10 vagas, admitindo pessoas com diversas patologias respiratórias, nomeadamente DPOC, asma agudizada, patologias do interstício pulmonar e da pleura, infeções respiratórias e neoplasias pulmonares. Neste contexto, um EEER assume a responsabilidade pela prestação de cuidados especializados e individualizados às pessoas internadas, bem como, decorrente do plano de

contingência atual para a gripe, às pessoas integradas no serviço de Cuidados Paliativos. Durante o decorrer do Estágio, a média de pessoas alvo de cuidados de ER situou-se em cerca de 15 pessoas, sendo o EEER responsável pela elaboração de planos individualizados de reabilitação, em parceria com a pessoa e família, definindo objetivos e intervenções com vista à melhoria da funcionalidade, à prevenção de complicações e à preparação para o regresso ao domicílio. Importa salientar que a intervenção de ER neste serviço não se restringe à componente respiratória (ex. RR, ensino de inaloterapia e aferição de oxigenoterapia de longa duração), assumindo igualmente a reeducação funcional motora um papel determinante no processo de reabilitação, recorrendo-se aos ginásios, aos dispositivos e produtos de apoio disponíveis para o ensino, instrução e treino de exercícios essenciais para as AVD.

No que se refere ao Hospital de Dia, destinado maioritariamente ao acompanhamento de pessoas com patologia respiratória associada a MNT, a intervenção assenta na aplicação de diversas técnicas (como a administração de terapêutica prescrita em consulta, maioritariamente antibioterapia endovenosa, colheitas de sangue e de expetoração) e na implementação de programas de reabilitação direcionados às respostas humanas das pessoas e desenvolvidos, exclusivamente pelos EEER, em dois ginásios devidamente equipados com material específico para determinados focos de atenção (ventilação, intolerância à atividade, limpeza das vias aéreas e movimento muscular). Entre os recursos disponíveis incluem-se camas articuladas, halteres, pesos, bolas suíças, bandas elásticas, dispositivo de tratamento respiratório vibracústico, pedaleiras, passadeira, remo, bicicleta e elíptica, fundamentais para o planeamento e prescrição do exercício pelo EEER. Este espaço, com capacidade de admissão entre 50 e 60 pessoas, estrutura-se em três componentes principais: educação para a saúde, centrada no impacto da patologia respiratória nas AVD; reeducação funcional respiratória e prescrição de exercício físico segundo a metodologia da Frequência, Intensidade, Tempo, Tipo de Exercício, Volume e Progressão (FITT-VP). A articulação destes três alicerces permite a construção de planos individualizados e ajustados às respostas humanas de cada pessoa. Os programas apresentam duração variável (12 a 14 semanas ou programas de 10 sessões), sendo o acompanhamento complementado por consultas de *follow-up* telefónico, assegurando a monitorização contínua do processo de reabilitação em parceria com a pessoa/família.

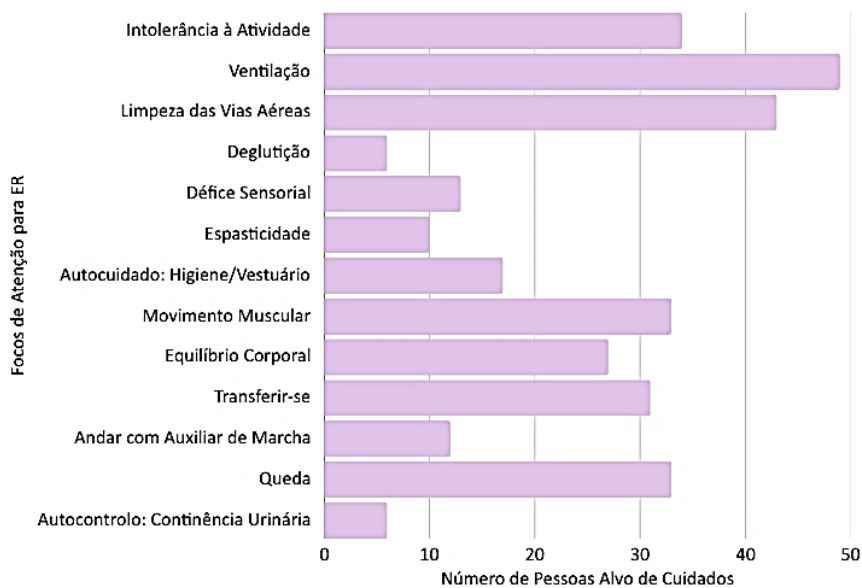
A consulta externa do Hospital de Dia, realizada pelo EEER todas as quartas-feiras, integra uma avaliação sistemática da pessoa, recorrendo a instrumentos de recolha de dados com propriedades psicométricas robustas que permitem analisar os resultados alcançados no plano de RR e o impacto das limitações causadas pela patologia na qualidade de vida. Esta avaliação, documentada em suporte informático num registo sistematizado, inclui a monitorização de sinais vitais, o cálculo do índice de

massa corporal, a verificação da presença de sintomatologia e a aplicação de instrumentos de recolha de dados, tais como: a Escala de Ansiedade e Depressão, o *Quality of Life Questionnaire – Bronchiectasis* (QoL-B) e o *Pulmonary Rehabilitation Adapted Index of Self-Efficacy (PRAISE)*, que avalia a autoeficácia que a pessoa manifesta na gestão da sua condição respiratória (Canavarro et al., 2007; C. Santos et al., 2019; OE, 2016; Pais-Ribeiro et al., 2007). Destaca-se ainda a realização do Teste Sentar e Levantar durante um minuto, com a posterior avaliação da dispneia através Escala de *Borg* Modificada, o que permite realizar uma análise evolutiva rigorosa entre os acompanhamentos em consulta (OE, 2016; Vilarinho et al., 2024).

Os registos de Enfermagem realizados pelos EEER são efetuados em sistema informático, nomeadamente na aplicação *Glantt®*, que integra os registos das intervenções específicas de ER parametrizadas, da administração terapêutica e do acesso ao processo clínico da pessoa. Complementarmente, existe documentação em suporte físico, onde são registados os dados clínicos, a evolução funcional ao longo das sessões de reabilitação realizadas nos ginásios, o tipo de técnicas de reeducação funcional respiratória/reeducação motora utilizadas, bem como os dispositivos de apoio utilizados. Importa salientar que a equipa de ER deste serviço demonstra um envolvimento ativo na investigação e na produção e disseminação de conhecimento científico, nomeadamente através da publicação de artigos científicos e da apresentação de relatos de caso, evidenciando a relevância da intervenção especializada do EEER junto de pessoas que apresentem diferentes patologias respiratórias, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sustentada na PBE e na consolidação da identidade profissional dos EEER.

Posto isto, no início dos Estágios, através da realização do PA foram identificados alguns dos principais focos de atenção de ER utilizados nos diversos contextos. Ao longo do percurso formativo e das diversas relações terapêuticas estabelecidas com as pessoas alvo de cuidados, verificou-se que, para além dos focos inicialmente previstos, emergiram outros focos de ER, decorrentes da avaliação contínua das suas respostas humanas (Kitson, 2018; RNAO, 2025). A **Figura 2** ilustra os focos de atenção em ER mais desenvolvidos, ao longo dos diferentes contextos de Estágio, evidenciando as áreas prioritárias de intervenção do EEER (OE, 2018a, 2021b).

**Figura 2.** Focos de atenção de ER desenvolvidos em contexto de Estágio



Fonte: Elaboração Própria.

Os focos de atenção em ER, emergentes das respostas humanas das pessoas alvo de cuidados, orientaram a tomada de decisão clínica e sustentaram o exercício da prática reflexiva ao longo dos Estágios, traduzindo-se no planeamento, implementação e avaliação contínua de intervenções individualizadas, ajustadas à evolução das respostas humanas observadas. É a partir desta articulação entre os diversos momentos do processo de ER que se procede, de seguida, à análise crítico-reflexiva das competências comuns, específicas do EEER e de mestre, desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de Estágio.

## 2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O perfil de competências compreende quatro domínios comuns aos Enfermeiros Especialistas, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019, assumem particular relevância o desenvolvimento da responsabilidade profissional, ética e legal, a gestão de cuidados orientada para a melhoria contínua da qualidade e o investimento sustentado no desenvolvimento profissional ao longo da vida. Estas dimensões constituem pilares transversais à prática especializada e orientaram a minha atuação ao longo dos diferentes contextos de Estágio. Assim, a análise que se segue organiza-se de acordo com os domínios regulamentares, evidenciando de que forma as atividades realizadas e as decisões tomadas se traduziram na progressiva consolidação de competências enquanto futura EEER.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, e em consonância com o primeiro objetivo do PA, ao longo dos Estágios foi assegurada uma *práxis* em ER sustentada nos princípios éticos, legais e deontológicos, assumindo plenamente as responsabilidades inerentes ao exercício do EEER (Decreto-

Lei n.º 8/2024; OE, 2015a; Regulamento n.º 140/2019). Partindo da premissa de que o Enfermeiro Especialista se constitui, antes de mais, como Enfermeiro, e que o seu agir se ancora na intersubjetividade da relação de cuidado, a intervenção desenvolvida com as pessoas e respetivas famílias foi orientada por uma postura de empatia e escuta ativa, promovendo o respeito pela dignidade, privacidade e autonomia da pessoa, bem como a criação de um ambiente terapêutico seguro, humanizado e facilitador da relação de ajuda (Marques et al., 2024; Rocha et al., 2024). Esta abordagem encontra-se alinhada com os referenciais teóricos mobilizados no REP, que reconhecem a relação terapêutica eficaz como elemento potenciador dos processos de transição e de readaptação à condição de saúde (Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025; Meleis, 2012; Tomey & Alligood, 2004).

A *práxis* desenvolvida ao longo dos Estágios foi consistentemente orientada pela salvaguarda dos direitos da pessoa, assegurando o acesso à informação, à confidencialidade e à segurança da informação clínica, quer escrita quer oral. Este posicionamento ético concretizou-se no reconhecimento do direito da pessoa a receber informação clara, objetiva e ajustada às suas condições físicas, psíquicas e socioculturais, possibilitando uma tomada de decisão livre e esclarecida nos diferentes momentos do processo de saúde-doença (Deodato, 2023; Vasconcelos, 2021). Estes princípios foram particularmente evidenciados na elaboração dos Relatos de Caso Clínico (RCC) (Apêndices II e III), sustentados por pareceres favoráveis da Comissão de Ética da ESSATLA (Anexos II e III) e pela obtenção do respetivo consentimento informado, garantindo uma atuação ética, juridicamente enquadrada e respeitadora da autonomia da pessoa enquanto sujeito ativo do seu projeto de saúde (Campos et al., 2025; Deodato, 2023). Paralelamente, ao longo das VD e das intervenções em contexto de internamento, foi assegurado o respeito pelos valores, crenças, costumes e objetivos da pessoa e da família, sustentando uma *práxis* culturalmente sensível e centrada na pessoa (RNAO, 2003, 2025). A humanização dos cuidados emergiu, assim, como resposta necessária à crescente complexidade das respostas humanas, exigindo competências relacionais, éticas e reflexivas que transcendam a dimensão técnica (Marques et al., 2024).

Uma das reflexões mais significativas decorrentes do meu percurso, e que se transpôs de forma estruturante para a *práxis*, prendeu-se com a necessidade de ajustar continuamente as expectativas profissionais aos desejos, valores e objetivos da pessoa no desenvolvimento do seu processo de reabilitação. A gestão da tensão entre aquilo que, do ponto de vista técnico-científico, se considera mais vantajoso e aquilo que a pessoa constrói enquanto projeto de saúde revelou-se um processo exigente, mas essencial. Os princípios, valores e deveres do EEER emergem da relação estabelecida com a pessoa em contextos singulares, frequentemente marcados por processos de transição saúde-

doença, não sendo alterados pela condição clínica em si (Deodato, 2023). Deste modo, o respeito pela singularidade constituiu a base estruturante de todos os planos de cuidados de ER, tendo as intervenções sido sistematicamente construídas e readaptadas à luz desta premissa.

A integração destes princípios traduziu-se numa participação ativa nos processos de tomada de decisão em equipa transdisciplinar, promovendo uma abordagem partilhada, fundamentada e eticamente sustentada. A seleção das respostas clínicas implicou a ponderação criteriosa de diferentes alternativas, reconhecendo que a opção considerada tecnicamente mais adequada pode não coincidir com a escolha da pessoa, exigindo negociação, decisão partilhada e respeito pelo seu projeto de vida e de saúde (L. Nunes, 2024a). Neste sentido, a participação em reuniões familiares, em reuniões de equipa transdisciplinar na UCC e no CR, bem como em reuniões de observação e discussão de casos clínicos, constituiu um contributo relevante para a gestão ética dos cuidados. Estes momentos favoreceram a clarificação de objetivos terapêuticos, o alinhamento das intervenções com as expectativas da pessoa e o reforço da qualidade, segurança e humanização dos cuidados, promovendo simultaneamente a análise crítica da *práxis*, o reconhecimento dos limites da intervenção do EEER e o compromisso com os PQCEER, nomeadamente no que se refere à satisfação da pessoa e da família (Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025; OE, 2018b; RNAO, 2025).

A sincronia entre a mobilização dos saberes, sustentada em pilares legais e ético-deontológicos, revelou-se determinante na gestão dos dilemas e confrontos próprios dos contextos de cuidados de saúde. Esta mobilização não se limitou à posse de conhecimentos ou capacidades, mas à sua aplicação situada e contextualizada no momento concreto das vivências de cuidado, expressando uma competência de ordem superior — o saber-mobilizar (L. Nunes, 2024a). Assim, a intervenção do EEER inscreveu-se numa articulação integrada entre o saber-ser, enquanto expressão da *legis artis* da profissão; o saber-saber, sustentado na melhor evidência científica; o saber-fazer, traduzido numa *práxis* fundamentada nos referenciais teóricos da disciplina e nas recomendações nacionais e internacionais; e o saber-mobilizar, resultante da combinação subtil e contextualizada destes saberes na realidade concreta dos cuidados de ER, conferindo rigor e intencionalidade terapêutica (L. Nunes, 2024a; Melo, 2024).

No **domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados**, desenvolvi atividades inovadoras, tanto na UCC como no CR, promovendo práticas dinamizadoras que perspetivam a melhoria da qualidade dos cuidados de ER. Esta constitui um eixo estruturante da *práxis* do EEER, exigindo a mobilização de conhecimentos avançados, capacidade reflexiva e de intervenção estratégica nos contextos organizacionais (Regulamento n. 140/2019). A minha intervenção neste domínio assentou na

identificação sistemática de oportunidades de melhoria, na definição de prioridades e na seleção de estratégias fundamentadas na evidência científica. Este processo implicou uma análise crítica das práticas existentes, quer na UCC, quer no CR, permitindo ajustar intervenções e reforçar a uniformização de procedimentos eficazes e seguros, promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, a integração na equipa transdisciplinar da UCC possibilitou a elaboração e implementação do procedimento setorial intitulado “Prevenção da ocorrência de quedas na pessoa idosa residente na comunidade” (Apêndice IV). Esta atividade revelou-se particularmente pertinente na garantia de um ambiente terapêutico seguro, face à elevada prevalência de dependência na população idosa, bem como ao risco acrescido de quedas identificado em pessoas acompanhadas na comunidade, especialmente nas fases iniciais da recuperação da capacidade funcional, conforme evidenciado no Relatório do Projeto de Reabilitação de 2024 da UCC (Ministério da Saúde, 2025b; RNAO, 2017). Neste contexto, o procedimento setorial assumiu um papel estruturante, funcionando como elemento catalisador de um projeto de melhoria contínua da qualidade na área da prevenção de quedas na UCC, que, embora anteriormente planeado, carecia de operacionalização prática. A sua implementação permitiu, assim, criar uma gestão sistematizada do risco de queda, facilitando a identificação precoce de fatores de risco, a priorização das intervenções e a monitorização contínua dos resultados.

Enquanto iniciativa promotora da melhoria contínua e mediante os conhecimentos obtidos na área da ER, existiu a oportunidade de partilhar com as equipas instrumentos de recolha de dados com propriedades psicométricas robustas, aplicáveis à avaliação da deglutição no CR (ex. Escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS)), bem como instrumentos integrados na avaliação multifatorial realizada pelo EEER, no âmbito do procedimento setorial sobre a prevenção das quedas na UCC (ex. *Timed Up and Go Test* (TUG) e a escala de avaliação da perceção do medo de cair (*Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) 7 itens)) (Marques-Vieira et al., 2021; OE, 2016; RNAO, 2017). Esta partilha fomentou momentos de reflexão crítica, mobilização de saberes e a procura ativa pela melhoria da qualidade dos cuidados, permitindo a transposição para a *práxis* e reforçando o reconhecimento de que a melhoria contínua da qualidade em ER não se concretiza pela mera utilização de instrumentos validados, mas pela sua integração intencional na tomada de decisão clínica e na monitorização dos ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

Neste âmbito, destaca-se a participação ativa na construção de ferramentas estruturadas de apoio à avaliação das respostas humanas, concretamente no âmbito dos focos da queda e da deglutição. A elaboração de uma ferramenta de operacionalização do procedimento setorial da prevenção das

quedas na UCC (Apêndice V), integrando escalas validadas para a população portuguesa no âmbito da avaliação multifatorial do EEER, permitiu sistematizar os domínios relevantes da avaliação, uniformizar a recolha de dados e monitorizar o risco ao longo do acompanhamento. Após a sua partilha com a equipa, a ferramenta revelou-se facilitadora da tomada de decisão clínica baseada na evidência, sustentando o início da implementação do referido procedimento e promovendo a segurança dos cuidados. Esta atividade contribuiu de forma significativa para a consolidação das minhas competências enquanto futura EEER e para o reforço da qualidade dos cuidados prestados à população acompanhada, particularmente relevante num contexto em que as quedas constituem a segunda causa de morte por lesões não intencionais (B. Novo, Ribeiro, Bação, Andrade et al., 2025).

No contexto do EP, a elaboração de uma *checklist* de avaliação da deglutição (Apêndice VI) baseada na Escala de GUSS constituiu um contributo relevante para a uniformização da *práxis* e para a sustentação da tomada de decisão clínica, perante a elevada prevalência de pessoas com deglutição comprometida após um AVC (I. Oliveira et al., 2025). Paralelamente, a conceção da ferramenta de apoio ao exame neurológico no CR, o *NeuroCheck* (Apêndice VII), permitiu sistematizar a avaliação das pessoas com alterações neurológicas, favorecendo a identificação precoce de limitações cognitivas, sensoriais e funcionais, bem como proceder à adequação dos planos de cuidados à pessoa, promovendo a sua readaptação funcional ao longo do processo de transição de saúde-doença (Meleis, 2012; Soares et al., 2025; Tomey & Alligood, 2004). Esta iniciativa, perante o *feedback* positivo por parte da equipa do CR, reforçou a articulação entre avaliação das respostas humanas, planeamento dos cuidados e monitorização dos resultados, sustentando uma abordagem integrada e centrada na pessoa (RNAO, 2025).

A integração na equipa transdisciplinar da UCC e do CR potenciou a partilha de conhecimento e a divulgação de práticas avaliadas como bem-sucedidas, nomeadamente através da apresentação e discussão de instrumentos validados para a avaliação da deglutição e do risco de queda. Esta partilha contribuiu para a incorporação da evidência científica na *práxis* e para o fortalecimento de uma cultura de qualidade e melhoria contínua. A utilização destes instrumentos permitiu verificar a adequação dos planos de cuidados das pessoas e avaliar a efetividade dos procedimentos adotados para o risco de quedas e para o risco de aspiração. Neste sentido, tornou-se evidente a necessidade de assegurar a utilização de instrumentos com propriedades psicométricas adequadas, reduzindo potenciais vieses e promovendo uma *práxis* sustentada e mensurável. Adicionalmente, a utilização sistemática destes instrumentos contribuiu para a melhoria da comunicação entre os elementos da equipa transdisciplinar, para a sistematização e documentação das intervenções em ER, promovendo a visibilidade da ER

através da tendência de ganhos em saúde obtidos perante a intervenção do EEER (L. Sousa et al., 2023; OE, 2016).

No âmbito da prevenção de complicações e da promoção de uma readaptação funcional eficaz no regresso ao domicílio, procedeu-se à pesquisa de literatura pertinente para a conceção e posterior implementação de folhetos informativos, nomeadamente para um folheto com enfoque na prevenção de quedas no domicílio, no contexto da UCC (Apêndice VIII) e para um folheto direcionado à pessoa com deglutição comprometida, no contexto do CR (Apêndice IX). No contexto da UCC, foi realizada a validação do folheto, junto das pessoas alvo de cuidados e da equipa transdisciplinar, com parecer positivo do Conselho Técnico-Científico (Apêndice X), evidenciando uma inteligibilidade entre o 5º e o 9º ano, considerado adequado pela literatura (Rosendo & Santiago, 2017). No contexto do CR, a validação do folheto foi realizada junto da equipa de Enfermagem e do respetivo Enfermeiro Gestor do serviço (Apêndice XI), tendo obtido parecer positivo e impulsionando a sua implementação para posterior validação junto das pessoas alvo de cuidados. Esta intervenção visou capacitar a pessoa e a família, através da promoção da literacia na gestão do risco de queda e da deglutição comprometida, envolvendo-os ativamente no processo de reabilitação, assegurando as suas respostas humanas e garantindo uma transição segura (C. Oliveira et al., 2021; L. Oliveira et al., 2025; C. Matos et al., 2025; Teixeira et al., 2023).

Perante o suprarreferido, estes folhetos moldaram, de forma significativa, a minha *práxis* e a minha visão enquanto futura EEER, ao evidenciarem a importância da inclusão ativa da família no *setting* terapêutico enquanto elemento integrante da tríade dos cuidados e não apenas como recurso para a prestação de cuidados ou contexto de preparação para o regresso ao domicílio (Campos et al., 2025; Deodato, 2023). A evidência demonstra que a limitação do tempo das visitas e a restrição da presença familiar condicionam a vivência do processo de transição saúde-doença, dificultando a compreensão e a readaptação da família às exigências do cuidar, nomeadamente em situação de aumento da dependência como ocorre, por exemplo, no caso de uma pessoa com AVC. Assim, a família, tal como a pessoa, deve ser considerada alvo de cuidados, sendo essencial que as equipas transdisciplinares a reconheçam como parceira efetiva no processo de capacitação (Kitson, 2018; Martins & Fernandes, 2025).

De forma transversal, a minha intervenção neste domínio foi orientada pela necessidade de garantir um ambiente terapêutico seguro e de elevada qualidade, reconhecendo que a segurança, o autocuidado e a readaptação funcional, perante uma limitação, não emergem de forma espontânea, mas resultam de decisões clínicas intencionais e continuamente avaliadas. As atividades foram

planeadas e ajustadas com base na identificação precoce de riscos, na utilização criteriosa dos recursos disponíveis e na monitorização sistemática dos resultados, assumindo os PQCEER como referência operacional para sustentar a tomada de decisão e evidenciar a qualidade dos cuidados prestados através dos registos clínicos (OE, 2018b; Pestana, 2023b).

Ao longo dos diferentes contextos de Estágio, a avaliação da efetividade das intervenções implementadas constituiu um elemento central da minha *práxis*, permitindo acompanhar os processos de transição vivenciados pelas pessoas e ajustar a intervenção em função das respostas humanas observadas. A monitorização de indicadores de processo — como o envolvimento através da relação terapêutica, a confiança e o desenvolvimento de estratégias de *coping*- e de indicadores de resultado— nomeadamente a mestria no desempenho das AVD e a perceção de bem-estar — permitiu aferir o sucesso da readaptação funcional e a construção de uma nova identidade (Benson, 2023; Cardoso & Brito, 2024a; Kitson, 2018; Meleis, 2012; RNAO, 2025). Neste sentido, a satisfação da pessoa emergiu, assim, como um indicador sensível e transversal da qualidade dos cuidados, orientando a reformulação das intervenções (Vilela et al., 2024). Esta abordagem reflexiva permitiu-me consolidar que a qualidade dos cuidados de ER se traduz, não apenas na adequação técnica das intervenções, mas na sua capacidade de gerar benefícios concretos com o menor risco possível para a pessoa, de acordo com os recursos disponíveis. A criação e dinamização de mecanismos formais de avaliação da efetividade das intervenções reforçou a minha responsabilidade enquanto futura EEER na gestão da qualidade e do risco, consolidando uma *práxis* orientada para a segurança, eficiência e excelência dos cuidados, sustentada na avaliação contínua de indicadores (Vilela et al., 2024).

Acoplado à melhoria contínua da qualidade, impera abordar o **domínio da gestão de cuidados**, como uma competência central do EEER, assumindo particular relevância em contextos marcados pela complexidade clínica, pela diversidade dos intervenientes e pela necessidade de articulação contínua entre níveis de cuidados. Neste domínio, compete ao EEER gerir os cuidados, otimizando a resposta e a articulação na equipa transdisciplinar de forma integrada, intencional e centrada na pessoa (Páscoa & Rosário, 2024; Regulamento n.º 140/2019; RNAO, 2025). Ao longo dos Estágios, a gestão de cuidados foi sustentada por uma leitura crítica dos modelos de organização dos cuidados e pela necessidade de adaptação contínua às contingências dos contextos, reconhecendo que a gestão em ER se traduz na articulação entre a gestão e o ato de cuidar, com o mesmo objetivo final: assegurar cuidados individualizados e de qualidade, quer através do cuidado direto, quer por via do cuidado indireto inerente à coordenação e supervisão (Páscoa & Rosário, 2024). Esta assunção exigiu compreender as responsabilidades distintas e interdependentes dos diferentes membros da equipa dos contextos, reforçando uma *práxis* colaborativa e orientada para objetivos comuns, sustentada numa comunicação

eficaz, na integração nas equipas prestadoras de cuidados e garantindo um ambiente de trabalho favorável (A. Mendes, 2024; Regulamento n.º 140/2019).

Neste âmbito, destaca-se a participação na Equipa Referenciadora da UCC, enquanto espaço privilegiado de gestão e articulação de cuidados. A análise conjunta das situações clínicas e sociais, a priorização das referências e a definição do encaminhamento mais adequado, considerando a complexidade das respostas humanas, os recursos disponíveis e a necessidade de continuidade de cuidados, reforçaram a minha capacidade de reconhecer quando “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados, garantindo respostas ajustadas às pessoas e famílias (L. Nunes, 2024a; Regulamento n.º 140/2019). Esta experiência tornou evidente que a tomada de decisão em ER não se esgota no desenho do plano de cuidados, exigindo uma gestão ativa das transições, em articulação com diferentes respostas (ex. RNCCI, respostas comunitárias e recursos sociais), para reduzir o risco de transições inseguras e fragmentação de cuidados (RNAO, 2023, 2025). A transdisciplinaridade vivenciada nos contextos de Estágio reforçou a necessidade de planeamento criterioso e de articulação, uma vez que a excelência do cuidado resulta da complementaridade entre disciplinas e de uma comunicação estruturada e eficaz (A. Mendes, 2024; Pontes & Santos, 2023). A participação em reuniões transdisciplinares e familiares, consolidou a compreensão de que a gestão de cuidados se concretiza na coordenação do trabalho da equipa com a pessoa no centro, valorizando progressos, identificando dificuldades e ajustando estratégias com base na resposta ao programa de reabilitação e nas expectativas da pessoa e família (RNAO, 2023, 2025). Este processo exigiu explicitar raciocínio clínico, negociar prioridades e alinhar intervenções, reforçando a autonomia profissional do EEER (L. Nunes, 2024a).

No exercício da gestão de cuidados, foram mobilizadas estratégias de liderança ajustadas aos profissionais e às contingências dos contextos, como a introdução de ferramentas de apoio à utilização de instrumentos de recolha de dados no âmbito das quedas e da deglutição, facilitando a uniformização da *práxis*, a clarificação do raciocínio clínico e a tomada de decisão partilhada na equipa. Reconhecendo que a liderança em ER implica orientar, supervisionar e avaliar práticas, promover motivação para um desempenho diferenciado e utilizar processos de mudança para influenciar a organização dos cuidados e inovação na *práxis* de ER (OE, 2018b; Páscoa & Rosário, 2024; Pontes & Santos, 2023; Regulamento n.º 140/2019).

A consolidação destas competências evidenciou que a gestão de cuidados em ER se articula de forma indissociável com o **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, dado que o mesmo implica um processo contínuo de autoconhecimento, reflexão crítica e incorporação sistemática da

evidência científica na *práxis*. Neste sentido, o percurso formativo exigiu uma autoconsciência progressiva, enquanto pessoa e Enfermeira, reconhecendo os meus próprios recursos e limites pessoais/profissionais, bem como a capacidade de gerir a influência da dimensão pessoal na relação terapêutica e no trabalho em equipa (Regulamento n.º 140/2019). Ao longo dos diferentes contextos de Estágio, esta reflexão favoreceu a gestão consciente das idiosincrasias pessoais, a regulação de emoções em situações mais exigentes, como a intervenção no contexto comunitário numa situação de violência doméstica, bem como em situações de elevada complexidade clínica, como o agravamento súbito do estado geral da pessoa durante um treino de marcha, tal como explanado no RCC do Estágio de Reabilitação na Comunidade (Apêndice II), exigindo uma atuação eficaz sob pressão (Regulamento n.º 140/2019).

A capacidade de reconhecer e antecipar potenciais situações de conflito, aliada à utilização adequada de estratégias de resolução dos mesmos, revelou-se determinante para a construção de relações profissionais equilibradas, para a eficácia dos processos de reabilitação e para a criação de ambientes favoráveis à aprendizagem e à cooperação transdisciplinar (A. Mendes, 2024; Regulamento n.º 140/2019). Neste domínio, destaca-se uma situação vivenciada, no contexto do CR, na qual a relevância da elaboração de uma tabela de comunicação (Apêndice XII), desenvolvida em parceria com a pessoa alvo de cuidados do RCC que apresentava afasia (Apêndice III), suscitou, numa fase inicial, diferentes perspetivas no seio da equipa transdisciplinar. A mobilização da minha assertividade profissional e da responsabilidade de advocacia para com a pessoa alvo de cuidados, permitiu sustentar a minha tomada de decisão, reforçar a importância da intervenção do EEER e garantir a permanência do recurso junto da pessoa, tendo sido valorizado por esta como facilitador da comunicação (Cardoso & Brito, 2024b).

No âmbito da PBE, o percurso formativo foi orientado pela identificação sistemática de lacunas do conhecimento e de oportunidades relevantes de investigação, recorrendo a metodologias de pesquisa da literatura em bases de dados científicas e literatura cinzenta pertinente e robusta. A análise, organização e interpretação crítica da evidência sustentaram a tomada de decisão clínica e a incorporação de novo conhecimento nos contextos da UCC e do CR, reconhecendo a necessidade contínua de (re) pensar a ação e o (re) estruturar o pensamento através da mobilização intencional dos saberes em ER (A. Mendes, 2024; Regulamento n.º 140/2019). Foi à luz desta premissa que, após elaborar o procedimento setorial acerca da prevenção de quedas na UCC, surgiu a oportunidade de dinamizar uma ação de formação dirigida à equipa de Enfermagem intitulada “*Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade*” (Apêndice XIII), como estratégia facilitadora da implementação do respetivo procedimento. A articulação entre os diferentes padrões de conhecimento, permitiu adotar uma atitude reflexiva no cuidar com as pessoas, promovendo a

aquisição de habilidades inerentes ao EEER, como a flexibilidade, adaptabilidade, autonomia, criatividade e responsabilidade, mediante o desenvolvimento profissional contínuo (Cardoso & Brito, 2024c; M. Sousa, 2024; Vilela et al. 2024). Neste seguimento, perante a iniciativa na identificação de lacunas de conhecimento e de oportunidades de aprendizagem, reconheço que foram desenvolvidas competências associadas ao diagnóstico de situação (Apêndice XIV). Este foi dirigido à equipa de Enfermagem do serviço de internamento do CR, por meio de um questionário *Google Forms*, no sentido de averiguar as necessidades formativas no âmbito dos cuidados com a pessoa que apresenta alterações da deglutição. Este processo permitiu não só verificar a existência de lacunas significativas no domínio dos cuidados com a pessoa que apresenta deglutição comprometida, destacando-se a escassez de formação específica e a inexistência de protocolos uniformizados no serviço para a avaliação da deglutição, de modo a promoverem a facilitação do processo de capacitação das pessoas e famílias.

Cerca de 58,3% dos 12 Enfermeiros que responderam ao questionário referiram que acompanhavam diariamente pessoas com alteração da deglutição, tornando imperativo abordar esta temática, de modo a promover a capacitação da tríade dos cuidados. Uma vez que a capacitação da equipa de Enfermagem constitui uma condição essencial para a capacitação da pessoa e da família, garantindo transições seguras. Assim, as estratégias consideradas pertinentes pela equipa, para implementação no serviço, foram a elaboração de um folheto informativo (cerca de 83,3%) (Apêndice IX) e a realização de uma ação de formação (cerca de 50%) (Apêndice XV). Perante os resultados obtidos neste diagnóstico de situação, foi necessário proceder à pesquisa, interpretação e organização da evidência científica acerca desta temática, relacionando com os dados obtidos no questionário (Apêndice XVI), de modo a contribuir para o conhecimento e aquisição de estratégias formativas ajustadas à realidade do serviço do CR. Neste âmbito, destaca-se o planeamento (Apêndice XVII), a conceção e a dinamização da ação de formação dirigida à equipa de Enfermagem do CR, intitulada “*Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família*” (Apêndice XV), em regime híbrido (presencial e via *Microsoft Teams*), revelou-se uma oportunidade privilegiada de integração entre a evidência científica e o conhecimento empírico, obtendo um *feedback* globalmente positivo por parte da equipa através do questionário de satisfação realizado no final da sessão (Apêndice XVIII) (Regulamento n.º 140/2019). Deste modo, garantimos a promoção da PBE, ajustada às realidades e recursos dos contextos e promovemos a melhoria na organização dos cuidados através da uniformização na metodologia da avaliação, quer do risco de queda no domicílio, quer da deglutição, tendo sempre como foco a satisfação, a reeducação e a readaptação funcional das pessoas e famílias (OE, 2018b).

Paralelamente, mediante um desafio proposto por docentes da ESSATLA, foi planeada (Apêndice XIX) e dinamizada uma atividade de extensão à comunidade em conjunto com duas colegas do Curso de MER. Esta atividade consistiu na elaboração de uma sessão de educação para a saúde orientada para a prevenção de quedas e promoção de estratégias (Anexo IV), num centro de dia na área da grande Lisboa, tendo representado uma oportunidade de aprendizagem bidirecional, reforçando a literacia em saúde da população-alvo, a participação inclusiva e a responsabilidade social do EEER, em consonância com a promoção do envelhecimento saudável (C. Matos et al., 2025). Adicionalmente, a participação em iniciativas académicas, como a integração na Comissão Organizadora do Dia Internacional do Enfermeiro na ESSATLA (Anexo V) e a participação enquanto moderadora (Anexo VI) e membro da Comissão Organizadora do *Webinar “Ligação entre a Academia e a Prática”* (Anexo VII) da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa, potenciou a articulação entre a academia e os contextos da *práxis*, promovendo a partilha de conhecimento, a reflexão crítica e a valorização da investigação em Enfermagem como motor de desenvolvimento profissional e disciplinar.

Denotou-se uma evolução progressiva ao longo do percurso formativo, particularmente no planeamento, conceção e dinamização de ações de formação orientadas para responder às necessidades formativas reais das equipas e alinhadas com a crescente complexidade das respostas humanas das pessoas e famílias. Esta evolução traduziu-se numa intervenção intencional orientada para a prevenção de complicações, promoção da saúde, reforço do bem-estar e do autocuidado das pessoas e famílias, bem como da maximização da reeducação e readaptação funcional (OE, 2018b). Destarte, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais materializou-se numa *práxis* reflexiva, sustentada na evidência científica e orientada para a aprendizagem contínua, assumindo o EEER uma responsabilidade enquanto dinamizador do conhecimento, facilitador da aprendizagem e promotor da incorporação sustentada de novas práticas nos contextos de cuidados, num processo contínuo de desenvolvimento profissional (OE, 2018b; Regulamento n.º 140/2019).

### **2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

De acordo com o terceiro e quarto objetivos do PA, o desenvolvimento da competência do cuidar foi basilar durante todas as intervenções enquanto futura EEER. Sustentado nas competências comuns previamente explicitadas, o EEER assume competências específicas que estruturam a sua intervenção diferenciada, sendo o mesmo responsável por conceber e implementar planos de intervenção que promovam a capacidade da pessoa e da família se adaptarem aos processos de transição de saúde-doença ao longo de todo o ciclo vital, visando a maximização da funcionalidade (Lobo & Palma, 2024; Regulamento n.º 392/2019).

O **cuidar**, enquanto futura EEER, implicou uma intervenção sistemática, sustentada nos referenciais teóricos do REP, organizada segundo o Processo de Enfermagem e ancorada nos metaparadigmas disciplinares, articulando conhecimento disciplinar próprio e evidência científica atual (Ribeiro et al., 2021; Rocha et al., 2024). Esta orientação integrou recomendações de boas práticas centradas na pessoa e na família, valorizando parceria terapêutica, individualização e reconhecimento da pessoa como agente ativo do seu processo de reabilitação (Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025; RNAO, 2025). Deste modo, impõe-se uma abordagem que reconheça a pessoa para além da patologia ou limitação, orientando a intervenção pelos seus objetivos e pelo modo como vivencia os processos de transição (A. Mendes, 2024). Esta perspetiva implica mobilizar conhecimentos e habilidades através do raciocínio clínico, valorizando a pessoa (Marques et al., 2024). Neste sentido, o EEER assume-se como facilitador das transições saúde-doença, particularmente no regresso ao domicílio, constituindo-se como recurso efetivo para assegurar as respostas humanas e promover a readaptação da pessoa e da sua família (Cardoso & Brito, 2024d; L. Oliveira et al., 2025).

A operacionalização do *Fundamentals of Care Framework* evidenciou-se na centralidade atribuída à relação terapêutica da tríade dos cuidados, reconhecendo que a qualidade da interação condiciona a identificação das respostas humanas, a construção do plano de reabilitação e a experiência vivida de cuidado (Kitson, 2018). Em contexto comunitário, particularmente nas VD realizadas na UCC, a intervenção exigiu adaptação contínua às condições habitacionais, recursos disponíveis e dinâmicas familiares, reforçando a natureza situada e integrada do cuidado especializado em ambientes marcados por imprevisibilidade e limitação de recursos (Marques et al., 2024; S. Santos, 2024). As VD evidenciaram a centralidade do processo da avaliação multidimensional, enquanto instrumento diferenciador da intervenção do EEER (ex. introduzir a perceção do medo de cair no procedimento setorial da UCC (Apêndice IV)), dado que enquanto gestor de caso, o EEER é o elemento que valoriza as potencialidades, desejos e expectativas da pessoa e família (Matos & Simões, 2020). O contexto da comunidade evidenciou o efeito transformador das intervenções de ER no quotidiano das pessoas, mesmo quando estas assumem uma aparente simplicidade. Concomitantemente, levou-me a refletir acerca da intervenção do EEER em todos os contextos, no sentido em que a mesma abrangeu o assegurar dos padrões de resposta das pessoas, mesmo quando não apresentavam critérios de inclusão no Projeto de Reabilitação da UCC (Regulamento n.º 392/2019). Neste contexto diferenciado, não controlado e frequentemente marcado pela limitação de recursos imediatos, esta vivência exigiu o exercício contínuo da criatividade, adaptabilidade e capacidade de gestão, reforçando a centralidade da relação terapêutica e da parceria de cuidados de proximidade, constituindo a consolidação do verdadeiro significado de cuidar com a pessoa e a família (S. Santos, 2024). Perspetiva esta que vai ao

encontro do *Person-Centred Nursing Framework*, decorrente da negociação partilhada de objetivos, definição conjunta de metas funcionais e utilização sistemática de estratégias de comunicação terapêutica, incluindo *teach-back*, integrando ativamente o familiar/CI no plano de intervenção (Goes et al., 2023; McCance & McCormack, 2025; RNAO, 2025).

As alterações na capacidade funcional para o desempenho das AVD constituem o principal fator desencadeante de processos de transição, sendo que cada pessoa vivencia este processo da sua forma, pelo que no processo de avaliação das respostas humanas das pessoas e famílias devemos ter em conta a inclusão de dados que caracterizem o processo adaptativo da pessoa a determinado processo de saúde-doença (Campos et al., 2025). No âmbito da elaboração dos RCC (Apêndice II e III), a intervenção do EEER foi estruturada a partir da implementação sistemática de instrumentos de recolha de dados com propriedades métricas robustas (validade, fiabilidade, reprodutibilidade e responsividade), permitindo identificar respostas humanas e sustentar a formulação de diagnósticos de ER enquanto interpretações científicas dos dados, orientadoras do planeamento, implementação e avaliação dos cuidados (L. Sousa et al., 2023; Martins, Schoeller et al., 2025). Tanto no contexto do CR, através da realização do exame neurológico sistematizado — apoiado pela ferramenta *NeuroCheck* (Apêndice VII) e a aplicação da Escala de *GUSS* —, como no contexto da UCC mediante a aplicação de instrumentos como a Escala MRC Modificada, a Escala de *Ashworth* Modificada e a MIF — exigiram competências especializadas de ER e contribuíram para avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD e promover a identificação dos fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD (Franco et al., 2025; Malta et al., 2025; M. Ferreira et al., 2025; Rute Pereira et al., 2024).

A utilização de instrumentos com propriedades métricas adequadas para além de promover uma comunicação eficaz entre a equipa transdisciplinar, sustenta a documentação dos cuidados de ER através de uma linguagem comum (International Learning Collaborative, 2025; L. Sousa et al., 2023). De modo a promover uma linguagem comum e organizada, saliento a importância da utilização dos sistemas de informação na conceção, implementação e monitorização dos planos de intervenção de ER desenvolvidos nos diversos contextos de Estágio, nomeadamente a utilização das plataformas *SClínico*® e *GestCare CCI*® no contexto da UCC, bem como do sistema *Glintt*® no contexto do internamento de Pneumologia e Hospital de Dia. Estas plataformas tornaram-se aliados da documentação do processo de Enfermagem aquando das VD e/ou sessões de ER, possibilitando a elaboração de registos de ER com base na linguagem classificada da CIPE® (2019), em consonância com o Padrão Documental de ER e com a Ontologia em Enfermagem, assegurando a interoperabilidade entre sistemas, a continuidade dos cuidados, a visibilidade do contributo da ER e a monitorização sistemática da qualidade (OE, 2015b, 2018b, 2021a; Pestana, 2023b; Rocha et al., 2024).

No contexto do CR, em que a documentação era efetuada em suporte físico, manteve a linguagem comum, promovendo a coerência metodológica e a individualização dos planos de intervenção. Desta forma, através da elaboração dos RCC foi possível mobilizar conhecimentos e adequar os recursos disponíveis para documentar os respetivos planos de intervenção. A análise dos focos de atenção mais desenvolvidos — ventilação, intolerância à atividade, limpeza das vias aéreas, movimento muscular, equilíbrio, transferências e queda — apresenta um padrão que acompanha a evidência que identifica que as patologias respiratórias crónicas revelam-se como sendo as patologias que mais comprometem a funcionalidade, as quedas como segunda causa de morte por lesões não intencionais e o AVC como principal causa de morte e incapacidade (Araújo et al., 2021; B. Novo, Ribeiro, Bação, Andrade et al., 2025; L. Silva et al., 2021). Desta forma, foram concebidos e implementados planos de intervenção individualizados, ajustados à pessoa e família, integrando estratégias adaptativas promotoras da readaptação funcional nas AVD, conforme evidenciado nos RCC (Apêndice II e III) (A. Novo et al., 2025; Regulamento n.º 392/2019). Estes planos contemplaram a implementação de intervenções destinadas a otimizar e/ou reeducar funções motoras, sensoriais, cognitivas e cardiorrespiratórias, como o treino motor estruturado segundo a metodologia FITT-VP e a utilização de estratégias adaptativas como uma tabela de comunicação para uma pessoa com comunicação comprometida pós-AVC (Apêndice XII), aprofundando uma prática efetivamente centrada na pessoa/família e orientada para o seu projeto de saúde ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 392/2019).

Neste sentido, a mobilização do Modelo de Adaptação de Roy orientou a minha decisão clínica na avaliação das respostas humanas a estímulos internos e externos, estruturando a intervenção nos modos fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência (Ribeiro et al., 2021; Tomey & Alligood, 2004). Esta leitura encontra respaldo na Classificação Internacional para a Funcionalidade (CIF), visto que permitiu compreender que alterações associadas ao AVC, à IC, à LVM ou à patologia respiratória crónica transcendem o domínio físico e repercutem-se na identidade e nos papéis sociais (Rute Pereira et al., 2021). A avaliação, desenvolvida a cada contacto, integrou parâmetros funcionais articulados com dimensões psicossociais e fatores ambientais, numa perspetiva que compreende a funcionalidade como fenómeno dinâmico e relacional, tal como evidenciado na conceção de planos de intervenção individualizados de EEER (Apêndice XX), que promoveram o envolvimento ativo e o compromisso com o plano de reabilitação (A. Novo et al., 2025; OE, 2016; Rute Pereira et al., 2021). Mediante este facto, o apoio emocional às pessoas e famílias revelou-se uma competência basilar do EEER a cada contacto perante os processos de transição, particularmente face à confrontação com limitações nas AVD, sendo valorizado através da satisfação verbalizada e pela relação terapêutica estabelecida (Marques et al., 2024; Veiga, 2024; Xavier, Pereira et al., 2024).

A monitorização da efetividade das intervenções de ER foi sustentada na utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de ER, permitindo avaliar, de forma estruturada, os seus efeitos perante os processos de capacitação das pessoas e famílias, tal como evidenciado nos RCC (Apêndice II e III) (Martins, Schoeller et al., 2024; Regulamento n.º 392/2019). Assim, a consolidação das competências específicas em contexto de Estágio através das atividades desenvolvidas implicou não apenas implementar intervenções diferenciadas, mas avaliar criticamente a sua qualidade e resultados à luz dos PQCEER e dos objetivos delineados em parceria, promovendo uma melhoria contínua sustentada em indicadores sensíveis aos cuidados e mantendo uma perspetiva centrada nos padrões de resposta da pessoa e na família (Benson, 2023; OE, 2018b; Ribeiro et al., 2021; RNAO, 2025). À luz desta premissa, tornou-se imprescindível a utilização de instrumentos de recolha de dados que integrassem medidas reportadas pelas pessoas (*PROMs*), pela experiência dos cuidados (*PREMs*) e pela família (*FROMs*), reiterando a família como fator facilitador para o regresso ao domicílio (Benson, 2023; Franco et al., 2025; Lambert et al., 2025).

A Teoria das Transições aprofundou esta análise ao permitir compreender o regresso ao domicílio e a vivência da doença crónica como processos complexos e múltiplos, marcados por rutura, vulnerabilidade e necessidade de reconstrução identitária (Cardoso & Brito, 2024d; Meleis, 2012; Petronilho et al., 2021). A preparação da alta foi assumida como processo longitudinal, iniciado desde a admissão, integrando a educação para a saúde, identificação de fatores facilitadores e inibidores da adaptação, prescrição de produtos de apoio e articulação com recursos comunitários (Baixinho & Ferreira, 2020; Gouveia et al., 2025; Matos & Simões, 2020). Na Unidade Terapêutica (UT) de AVD no CR, a adaptação do ambiente assumiu-se como elemento estruturante da promoção da autonomia e independência, reconhecendo-o como facilitador ou barreira à inclusão da pessoa (Rute Pereira et al., 2024). Neste contexto, a avaliação funcional sistematizada, através da MIF, sustentou a seleção e prescrição de produtos de apoio (ex. tábua de transferência e cadeira higiénica), integradas no plano terapêutico enquanto estratégias de prevenção de complicações, promoção da readaptação funcional e de preparação efetiva para o regresso ao domicílio (OE, 2016, 2018b, 2023; Regulamento n.º 392/2019). Todavia, a análise do Despacho n.º 11077/2025 evidencia um desalinhamento entre o enquadramento regulamentar da ER e a sua operacionalização organizacional, uma vez que o EEER não é reconhecido como elemento nuclear no processo de decisão relativo à prescrição dos produtos de apoio. Tal incongruência evidencia um reconhecimento institucional insuficiente da intervenção do EEER, reforçando a necessidade de produzir evidência que aumente a visibilidade dos efeitos da sua intervenção (Gaspar, 2025). Assim, o desenvolvimento da competência cuidar traduziu-se numa práxis intencional, sistemática e cientificamente sustentada, orientada para a interpretação integrada da

funcionalidade, para a facilitação de processos adaptativos e para a construção progressiva de mestria ao longo do ciclo vital, assegurando coerência entre avaliação, decisão clínica e resultados sensíveis aos cuidados (Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025; Meleis, 2012; RNAO, 2025; Tomey & Alligood, 2004).

No que concerne à competência **capacitar a pessoa com deficiência, limitações e/ou restrições da participação**, prevista no Regulamento n.º 392/2019, esta constitui um eixo estruturante da intervenção do EEER, ao operacionalizar a transição de uma lógica centrada no cuidado prestado, para uma abordagem de autogestão e parceria na readaptação à vida quotidiana. Em consonância com o quarto e quinto objetivo do PA, esta competência concretizou-se na conceção e implementação de programas de treino de AVD, orientados para adaptação às limitações, valorização das capacidades existentes e promoção da participação ativa no projeto de saúde, considerando a pessoa no seu contexto real (Regulamento n.º 392/2019). A capacitação, enquanto processo contínuo e dinâmico, exige intervenções iniciadas precocemente, centradas na pessoa, família e CI, articuladas entre contextos e sustentadas na individualização inerente à complexidade das transições, prevenindo a desfragmentação dos cuidados e atraso do processo de reabilitação (Baixinho, 2025). Nesta lógica, o EEER assume responsabilidade partilhada na continuidade de cuidados desde o internamento até ao domicílio, envolvendo a pessoa e o CI na aquisição de conhecimentos, habilidades e estratégias que permitam gerir a dependência no autocuidado e sustentar uma transição segura (Lobo & Palma, 2024; RNAO, 2023).

Ao longo dos diferentes contextos de Estágio foram delineados planos individualizados de treino de AVD, ajustados às limitações funcionais, capacidades remanescentes e objetivos definidos em parceria com a pessoa e a família/CI. Destaca-se a experiência realizada em contexto de Estágio na UT de AVD do CR, cuja organização simula um contexto domiciliário adaptado e integra diversos produtos de apoio, permitindo aproximar o treino às exigências com que as pessoas se deparam no seu quotidiano. A implementação de planos complementares ao plano de reabilitação desenvolvido em internamento foi articulada com a equipa transdisciplinar. Os respetivos planos centraram-se na preparação do regresso ao domicílio, integrando focos de atenção no domínio dos autocuidados (ex. comer, higiene, vestuário, ir ao sanitário, posicionar-se, transferir-se, andar com auxiliar de marcha) (OE, 2015b). Estes planos integraram o ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para o regresso ao domicílio, privilegiando tarefas significativas (ex. barbear-se), a progressão adaptada e a participação ativa da pessoa, reforçando a corresponsabilização no processo de reabilitação (Matos & Simões, 2020; Reis & Bule, 2023).

A inclusão da família/CI desde a admissão da pessoa no CR, bem como nas VD realizadas na UCC, permitiu identificar precocemente barreiras arquitetónicas no domicílio e as dificuldades percecionadas pelas pessoas, famílias/CI na realização das AVD. Esta avaliação sustentou a adaptação do ambiente físico, através da eliminação de barreiras e/ou integração de produtos de apoio adequados (Franco et al., 2025; Rute Pereira et al., 2024). A utilização dos produtos de apoio como alavancas de independência e inclusão, através do ensino, instrução e treino, contribui para reduzir a dependência nas AVD, diminuir a sobrecarga do CI e potenciar a qualidade de vida de ambos (OE, 2023). Deste modo, os produtos de apoio deixam de ser meras ajudas técnicas para se afirmarem como instrumentos promotores de *empowerment*, reeducação e readaptação funcional, transformando o domicílio num espaço terapêutico privilegiado para a jornada de reabilitação (Ferreira-Camboa et al., 2025; OE, 2023; Petronilho et al., 2021). Em paralelo, a intervenção integrou a promoção de ambientes seguros mediante a identificação de fatores de risco no contexto domiciliário (Apêndice IV) e a implementação de estratégias de educação para a saúde, no âmbito da prevenção de quedas (Apêndice VIII), articulando a mobilidade, acessibilidade e participação social enquanto expressão do exercício da cidadania (Franco et al., 2025; Vieira et al., 2023).

Considerando que a acessibilidade do meio físico condiciona significativamente a participação social da pessoa com limitações funcionais, a possibilidade de permanência no domicílio durante os fins de semana, no contexto do CR, constitui uma oportunidade privilegiada para consolidar o processo de capacitação. Estas saídas permitiram à pessoa e à família/CI vivenciar, em contexto real, as exigências da transição saúde-doença, mobilizando os conhecimentos e capacidades adquiridas no CR (Rute Pereira et al., 2024). A análise destas experiências evidenciou a ausência de monitorização sistematizada das dificuldades emergentes das pessoas/famílias no domicílio, o que motivou a criação do diário de registos de fim de semana (Apêndice XXI). Este instrumento possibilitou a recolha sistematizada de dados sobre as dificuldades percecionadas pelas pessoas e famílias/CI na execução das AVD no domicílio, possibilitando o reajuste precoce do plano de intervenção e reforço da segurança na transição (Rafael Ferreira et al., 2025; RNAO, 2023, 2025). A reformulação do instrumento após o *feedback* das pessoas, familiares e da equipa traduziu uma prática reflexiva e responsiva às respostas humanas identificadas (Apêndice XXI). Para além desta dimensão funcional, na UT de AVD, o capacitar integrou uma vertente de advocacia, apoiada no conhecimento de normas e legislação promotoras de acessibilidade, orientando a pessoa e família para a eliminação ou minimização de barreiras e mobilização de recursos formais disponíveis (Decreto n.º 163/2006). O EEER assume igualmente uma responsabilidade preponderante na promoção de acessibilidade e inclusão social, contribuindo para ambientes facilitadores da participação da pessoa (OE, 2018b; Rute Pereira et al., 2024).

Destarte, o desenvolvimento desta competência traduziu-se numa intervenção especializada orientada para a capacitação e reinserção, sustentada na individualização do treino de AVD, na integração ativa da família/CI, na adequação de produtos de apoio e na promoção de ambientes seguros e acessíveis. Este percurso consolidou uma *práxis* centrada na autonomia, corresponsabilização e participação social, enquanto expressão concreta do processo de capacitação, preparando o aprofundamento da competência seguinte — maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades remanescentes (Baixinho, 2025; Lobo & Palma, 2024; Regulamento n.º 392/2019).

No âmbito da competência **maximizar a funcionalidade**, prevista no Regulamento n.º 392/2019, o EEER concretiza a sua intervenção através da conceção, implementação, monitorização e reformulação de programas de treino motor, cardíaco e respiratório, ajustados às respostas humanas, aos objetivos individuais e ao projeto de saúde da pessoa e respetiva família. Esta competência implica uma atuação sustentada em evidência científica atual, tomada de decisão integrada em contextos marcados pela complexidade e vulnerabilidade, bem como intencionalidade terapêutica orientada para o desenvolvimento do potencial funcional da pessoa. Tendo por referência o quinto objetivo do PA, a intervenção concretizada nos diferentes contextos de Estágio centrou-se na elaboração de programas de treino motor direcionados para as respostas humanas que emergem da relação terapêutica, centrados nos focos de atenção mais desenvolvidos, nomeadamente a nível motor (movimento muscular, equilíbrio, queda) e cardiorrespiratório (intolerância à atividade, limpeza das vias aéreas e ventilação).

No domínio motor, tanto no contexto da UCC como no contexto do CR, foram implementadas intervenções dirigidas à gestão da espasticidade e fortalecimento muscular. As mobilizações — passivas/ativas/ativas-assistidas/ativas-resistidas— foram executadas de forma gradual e respeitando sempre os limites da pessoa, visando não apenas reduzir a rigidez articular, preservar e otimizar a amplitude articular, mas sobretudo potenciar o desempenho nas AVD (Malta et al., 2025). A utilização do *standingframe*, particularmente no caso da pessoa com LVM e AVC, permitiu integrar programas com múltiplas valências a cada sessão, uma vez que após a adaptação da pessoa à estrutura do *standingframe*, realizaram-se exercícios de correção postural com recurso ao espelho quadriculado, treino de fortalecimento muscular dos membros superiores e o treino de equilíbrio com o apoio de recursos (ex. bola e banda elástica) (Agostinho & Cunha, 2024). A monitorização sistemática das intervenções implementadas evidenciou uma evolução favorável nos parâmetros da força muscular (Escala MRC Modificada), equilíbrio (Escala de Equilíbrio de *Berg*) e tónus muscular (Escala de *Ashworth* Modificada), constituindo um suporte objetivo à tomada de decisão clínica e orientando a progressão do treino segundo os princípios da segurança e sobrecarga do exercício físico (OE, 2016). Assim, a

reformulação dos planos de intervenção foi realizada de forma dinâmica, permitindo passar de exercícios individuais (ex. agachamento) para exercícios mais complexos associados a AVD (ex. apanhar objeto do chão), ajustando continuamente em função das respostas humanas observadas (ex. tolerância ao esforço segundo a Escala de *Borg* Modificada) e os objetivos definidos em parceria com a pessoa (OE, 2016; S. Sousa et al., 2025).

Paralelamente, a estimulação multissensorial precoce, a integração de movimentos bilaterais e a associação entre sensação e funcionalidade foram incorporadas de forma intencional nos contextos, reconhecendo a interdependência entre *input* sensorial e *output* motor (Franco, et al., 2025; S. Sousa et al., 2025). Um exemplo estruturante desta abordagem foi a conceção de um tabuleiro de estimulação multissensorial para a pessoa com AVC (Apêndice XXII), durante o Estágio na UCC. O desenvolvimento e a aplicação deste instrumento basearam-se no princípio da neuroplasticidade para a promoção da reeducação e readaptação da pessoa às suas limitações, dado que o mesmo aborda a perceção corporal e sensorial, a estimulação da motricidade fina, a cognição e a consciencialização dos tempos respiratórios (Araújo et al., 2021; OE, 2018b, Regulamento n.º 392/2019; RNAO, 2025). Neste seguimento, a neuroplasticidade depende da orientação para tarefas significativas, repetitivas e progressivamente desafiantes, tendo sido integrada como estratégia de capacitação funcional e articulado com a orientação verbal e *feedback* visual (Ferreira-Camboa et al., 2025; Franco et al., 2025; Malta et al., 2025; Soares et al., 2025). Sempre que indicado, recorreram-se a recursos de estimulação sensorial e propriocetiva, como as talas oro insufláveis, favorecendo a integração do membro afetado nas AVD (Campos et al., 2025). A organização dos planos privilegiou atividades multidimensionais, combinando o fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, coordenação e reeducação sensoriomotora. Por exemplo, a execução de mobilizações no leito previamente à transferência para cadeira no CR, era uma das intervenções que gerava *feedback* positivo por parte das pessoas e que revelava maior adesão no momento do treino do vestuário (Faria et al., 2023; Soares et al., 2025).

Complementarmente, no decorrer do Estágio no contexto do CR, foi estruturado um jogo terapêutico destinado à pessoa com AVC, o *ReabGO* (Apêndice XXIII), com a possibilidade de integrar múltiplos jogadores e favorecendo o envolvimento da família. Este jogo traduziu-se na integração de uma abordagem lúdico-terapêutica, no sentido em que o mesmo se encontra estruturado para o treino funcional, apresentando a associação entre exercícios de fortalecimento muscular, estimulação cognitiva e treino de AVD. Esta associação de exercícios e atividades enquadra-se na evidência que sustenta abordagens multidimensionais no processo de reabilitação pós-AVC (O'Donoghue et al., 2022). Embora a aplicação tenha sido limitada temporalmente, mediante o período de Estágio no CR, foi possível proceder à aplicação de uma sessão do jogo, não permitindo avaliar a variação da

funcionalidade da pessoa alvo de cuidados, foi recolhido *feedback* positivo, tanto da equipa de ER, como da pessoa (Apêndice XXIV), reforçando a relevância da integração de *PREMs* na avaliação da intervenção do EEER (Benson, 2023).

No domínio cardiorrespiratório, os planos de cuidados foram estruturados segundo princípios da prescrição de exercício físico, com recurso à metodologia FITT-VP, permitindo adequar os parâmetros às capacidades remanescentes e aos objetivos da pessoa (OE, 2018a). Pela proximidade dos EEER às pessoas alvo de cuidados e família, nos diversos contextos (comunidade, CR e hospitalar), estes encontram-se numa posição estratégica e privilegiada para contribuir na promoção de estilo de vida ativos, na mitigação do risco de doenças crónicas e em proporcionar a melhoria da qualidade de vida (A. Novo et al., 2025; Cruz et al., 2026). No contexto da UCC, a conceção e implementação de planos de treino de exercício físico (Apêndice XX) e, paralelamente, a elaboração dos RCC nos diversos contextos de Estágio (Apêndice II e III), permitiram-me adequar a prescrição individualizada de exercício físico e incentivar à adesão das pessoas alvo de cuidados, tendo em conta a sua motivação, as suas crenças, a perceção das suas limitações e preferências pessoais, reconhecendo que a efetividade dos programas depende da sua adequação ao significado atribuído pela pessoa (A. Novo et al., 2025). Esta abordagem encontra respaldo nos referenciais teóricos mobilizados no REP, que reconhecem o exercício como facilitador da adaptação nos processos de transição (A. Novo et al., 2025; Meleis, 2012; Tomey & Alligood, 2004).

Concomitantemente, no contexto do Estágio complementar, destacou-se a autonomia do EEER na realização da reeducação funcional respiratória, em parceria com pessoas com patologias respiratórias crónicas em ambiente de ginásio. A pessoa assumiu-se como agente ativo no seu plano de treino motor e respiratório, tornando o exercício físico um aliado à educação para a saúde (Sulaiman et al., 2025). A evidência sustenta que a RR contribui para a adaptação da pessoa com patologia respiratória crónica, dado que a mesma é recomendada para melhorar a tolerância ao esforço, otimizar a limpeza das vias aéreas e reduzir a dispneia, garantindo o bem-estar percecionado pelas pessoas na realização das AVD no domicílio (Sulaiman et al., 2025). Mediante a monitorização sistemática das intervenções realizadas e dos resultados obtidos durante as sessões, era efetuada a devida reformulação do plano de reabilitação e eram reajustados os objetivos do mesmo com a pessoa. Este processo reforça a responsabilidade do EEER na maximização da funcionalidade e na promoção de transições seguras (Matos & Simões, 2020). Decorrente deste processo de maximização das capacidades, no contexto da UCC, verificou-se que o aumento da perceção de independência, mediante a progressão funcional, pode associar-se a comportamentos de risco, particularmente no domínio das quedas. Assim, tornou-se crucial integrar a supervisão e o reforço de estratégias preventivas, evitando a subvalorização das

suas limitações e potenciando uma readaptação funcional segura no domicílio (Matos & Simões, 2020; Ministério da Saúde, 2025b). Neste sentido, maximizar a funcionalidade transcende o treino de capacidades físicas, mas configura-se como uma intervenção especializada, que integra treino, segurança, adaptação contextual e intencionalidade terapêutica, consolidando a funcionalidade como expressão dinâmica da participação e readaptação no regresso ao domicílio (Regulamento n.º 392/2019). Em síntese, a articulação entre o cuidar, o capacitar e o maximizar evidencia a natureza integrada da intervenção do EEER nos processos de transição, posicionando-o como agente facilitador da readaptação funcional, reinserção social e da continuidade de cuidados no regresso ao domicílio (OE, 2018b).

#### **2.4. Competências de Mestre**

Para que o EEER se afirme como agente de mudança, torna-se essencial que a sua *práxis* se estruture de acordo com os domínios que enquadram as competências inerentes ao exercício profissional especializado. À luz desta premissa, ao longo dos diversos contextos de Estágio e no âmbito das competências associadas ao grau de Mestre, aprofundei e consolidei conhecimentos que sustentaram a intervenção clínica, através da análise crítica da *práxis*, da mobilização da evidência científica, da reflexão sistemática sobre situações clínicas e da integração de contributos transdisciplinares, reforçando o pensamento crítico, a capacidade de integração de saberes e a excelência da *práxis* profissional (Decreto-Lei n.º 65/2018). Alicerçado nas competências de investigação, fundamentais para o desenvolvimento do estado da arte, este percurso formativo visou igualmente potenciar a capacidade de comunicar o conhecimento de forma clara e rigorosa, bem como promover uma aprendizagem contínua, autónoma e reflexiva ao longo da vida.

Perante o **domínio do aprofundamento e desenvolvimento de conhecimentos como base para a investigação em ER**, o desenvolvimento das competências associadas ao grau de Mestre traduziu-se num percurso de aprendizagem exigente, complexo e transformador, no qual a aquisição e consolidação de conhecimentos técnico-científicos se articularam com a sua aplicação reflexiva em contextos reais da *práxis*, conforme preconizado no Decreto-Lei n.º 65/2018. Deste modo, ao longo dos Estágios nos diversos contextos procurei desenvolver conhecimentos e capacidades no âmbito da ER que me permitissem lidar com situações de elevada complexidade e assegurar, de forma adequada, as respostas humanas das pessoas alvo de cuidados. Neste sentido, ao longo dos Estágios, foi desenvolvido um processo de estudo autónomo e sistemático, que promoveu o aprofundamento de conhecimentos relevantes para a *práxis* especializada. Este percurso incluiu a realização de pesquisas de literatura científica com a utilização de plataformas de bases de dados (ex. *EBSCOHost*),

nomeadamente acerca da IC e do AVC, que sustentaram a construção dos RCC (Apêndice II e III) e sobre as temáticas da prevenção de quedas e abordagem à pessoa com deglutição comprometida, que contribuíram para a fundamentação das ações de formação (Apêndice XIII e XV). Concomitantemente, a consulta de artigos científicos e literatura cinzenta robusta que colmatasse as minhas necessidades formativas identificadas ao longo dos Estágios, como foi o caso da abordagem do EEER na pessoa com LVM e da prescrição de exercício físico com base na metodologia FITT-VP.

A participação em formações de serviço promovidas pela equipa da UCC complementou o estudo autónomo, fornecendo ferramentas sólidas para o processo de tomada de decisão na comunidade (Anexo VIII). A participação em *webinars*, nomeadamente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), intitulado “Dia Nacional do Enfermeiro de Reabilitação- Conhecimento, Prática e Futuro” (Anexo IX), como da OE, intitulado “EaQ – Telereabilitação” (Anexo X), contribuiu para a integração e consolidação de conhecimentos na área específica da ER. Adicionalmente, em articulação com duas colegas do Curso de MER e considerando as necessidades de aprendizagem identificadas, após a visualização dos *webinars* da OE, disponibilizados pelo corpo docente da UC do Estágio de Reabilitação na Comunidade, procedeu-se à construção de um conjunto de resumos sistematizados (Apêndice XXV), com o objetivo de consolidar conhecimentos nos processos de cuidados menos explorados até então. Destarte, aprofundei o processo de cuidados cardiopulmonares, em particular na área da RR, aplicando-o de forma integrada durante o Estágio complementar no Hospital de Dia de Infeciologia/Internamento de Pneumologia. Destaca-se como oportunidade particularmente transformadora a participação no Congresso Internacional de ER (CIER) 2025, organizado pela APER, intitulado “Excelência em Enfermagem de Reabilitação: no caminho da Autonomia e Qualidade de Vida” (Anexo XI), que revelou ser um contributo crucial para o início da construção de uma rede de *networking*, um fórum privilegiado de reflexão, valorização e disseminação dos resultados das práticas atuais dos EEER, de projetos inovadores na ER e a partilha de conhecimentos entre pares (L. Sousa et al., 2024).

Relativamente à produção científica, foram publicados dois artigos científicos em revistas científicas, com os temas “Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling” (Anexo XII) (elaborado em parceria com quatro colegas do MER) e “Rehabilitation Nursing: A transformative perspective focused on the person, family, and community” (Anexo XIII) (de autoria própria). Não tendo sido possível, no período temporal definido para os Estágios, concretizar a elaboração de artigos científicos com base no relato de experiência acerca da estimulação multissensorial na pessoa com AVC e centrado na temática do medo de cair na pessoa idosa na comunidade com os resultados obtidos da implementação do procedimento setorial (Apêndice IV), em

conjunto com a UCC. Contudo, esta iniciativa encontra-se delineada para desenvolvimento futuro, em colaboração com a equipa da UCC, assim como a realização do respetivo relato de experiência de autoria própria acerca da estimulação multissensorial. Apesar de estas atividades não se encontrarem ainda concluídas, encontram-se em fase de desenvolvimento, constituindo práticas promotoras do desenvolvimento profissional, da disseminação do conhecimento e do reforço do pensamento crítico dos profissionais perante situações de crescente complexidade, em consonância com uma abordagem centrada na pessoa e nas suas respostas humanas (Ó. Ferreira et al., 2024; RNAO, 2025).

No **domínio da aplicação e integração de conhecimentos na resolução de situações novas e complexas**, a participação em seminários/encontros, concretamente o 2º Seminário do NER do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, intitulado “O presente e o futuro dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação nos Centros Especializados” (Anexo XIV); as 1<sup>as</sup> Jornadas de ER do NER da ULS Lisboa Ocidental, com o tema “A Transição de Cuidados de Reabilitação” (Anexo XV); o 1º Encontro das UCC da ULS Amadora/Sintra, que retratou o “Cuidar (n)a Comunidade” (Anexo XVI), surgiram como alavancas na aquisição de conhecimentos na área da ER, como também de reflexão sobre a *práxis* atual dos EEER na transição segura para o domicílio. Estas experiências formativas constituíram contextos de contacto com situações emergentes e não familiares, posteriormente mobilizadas na *práxis*. Como oportunidades práticas de aplicação de conhecimentos e aquisição de capacidades em situações novas e/ou complexas, estas incluíram a participação em *workshops*, mais concretamente com os temas: “Reabilitação Respiratória: Impacto do treino dos músculos respiratórios” (Anexo XVII) e “A inovação tecnológica ao serviço da reabilitação” (Anexo XVIII), que permitiram integrar a inovação e a tecnologia no âmbito da ER, em consonância com o rápido e contínuo desenvolvimento tecnológico observado na sociedade contemporânea. Estes *workshops* foram fundamentais para integrar os conhecimentos obtidos no contexto do Hospital de Dia de Infeciologia/Internamento de Pneumologia, quer pela adequação do plano de RR com foco no treino dos músculos respiratórios, associando dispositivos ao exercício físico, quer pela utilização de um dispositivo vibroacústico durante as sessões no ginásio.

Esta mobilização de conhecimentos implicou a adaptação das intervenções a contextos imprevisíveis, exigindo decisões clínicas ajustadas à singularidade das respostas humanas e às condições reais de cada contexto de cuidado. No que se refere à capacidade de integração de conhecimentos e à gestão de situações complexas, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 65/2018, esta foi progressivamente desenvolvida nos diversos contextos de Estágio. Na UCC, pela vasta multiculturalidade e pelo compromisso de recursos disponíveis e de fácil acesso a toda a população, tanto das VD em contexto de ECCI, como nas VD no âmbito da Equipa Referenciadora, procurei, em conjunto com a equipa transdisciplinar, encontrar soluções quer de encaminhamento para outras unidades da RNCCI, quer de

articulação com os recursos da comunidade para a aquisição de produtos de apoio (RNAO, 2003). Enquanto no CR, foi mais evidente a articulação com os restantes departamentos, sobretudo com a UT AVD, bem como com a equipa transdisciplinar do próprio serviço de internamento, no sentido de garantir, assim, o desenvolvimento de um plano de reabilitação que otimizasse o regresso ao domicílio como um processo de transição segura e que promovesse a readaptação funcional ajustada às reais respostas humanas da pessoa (RNAO, 2023, 2025). Torna-se, assim, fundamental integrar o questionamento e a dimensão reflexiva da relação entre teoria e *práxis* enquanto instrumentos essenciais à aprendizagem e à tomada de decisão. Esta reflexão, realizada em cada contacto com a pessoa alvo de cuidados e respetiva família, permitiu articular os conhecimentos teóricos com a *práxis*, promover a análise crítica das experiências vivenciadas e atribuir novos significados às situações clínicas (Marques et al., 2024). Neste sentido, consegui garantir que cada intervenção realizada compreendesse a promoção da participação informada da pessoa na gestão do seu projeto de saúde, a salvaguarda da sua vontade e a adoção de decisões fundamentadas no seu melhor interesse (L. Nunes, 2024a).

No **domínio da comunicação científica e partilha de conhecimento com especialistas e não especialistas**, mediante o decorrer do CIER e em parceria com a equipa de ER da UCC, tive a possibilidade de aprimorar a dimensão da comunicação, através da apresentação de diferentes produtos de comunicação científica, nomeadamente dois pósteres científicos – “Medo de Cair na Pessoa Idosa: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Relato de Caso” (Apêndice XXVI) e “Enfermagem de Reabilitação: O impacto da estimulação multissensorial no autocuidado da pessoa com Acidente Vascular Cerebral” (Apêndice XXVII). Adicionalmente, foi apresentado um vídeo intitulado “Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado, Vida e Capacitação” (Apêndice XXVIII), que aborda o efeito da intervenção do EEER na pessoa com AVC na comunidade, tendo sido distinguido com o 1º Prémio (Anexo XIX) e uma fotografia – “Reconexão Sensorial” (Apêndice XXIX). Decorrente desta participação no CIER e mediante o impulsionador apoio da Enfermeira Supervisora e da Professora Orientadora do Estágio de Reabilitação na Comunidade, surgiu a oportunidade de divulgar um póster científico com o tema “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Efeitos da estimulação multissensorial no autocuidado após Acidente Vascular Cerebral” (Apêndice XXX), durante o decorrer do 1º Encontro das UCC da ULS Amadora/Sintra, tendo sido distinguido com o 2º prémio (Anexo XX). O conjunto destas experiências formativas permitiu consolidar competências de análise crítica, integração de saberes e comunicação científica, fundamentais ao exercício do EEER em contextos complexos.

A dinamização de ações de formação dirigida à equipa da UCC, centrada no procedimento setorial para a prevenção da ocorrência de quedas na pessoa idosa residente na comunidade (Anexo XXI) e à equipa do CR, centrada na intervenção da equipa de Enfermagem na capacitação da pessoa com deglutição comprometida e respetiva família (Apêndice XV), constituíram estratégias relevantes para a transmissão estruturada dos conhecimentos adquiridos, bem como para o envolvimento ativo das equipas na promoção de cuidados mais seguros e de maior qualidade na área da prevenção de complicações relativas às quedas e deglutição comprometida (OE, 2018b; RNAO, 2017). Nessa perspetiva, e graças aos desafios lançados pela equipa de docentes do Curso de MER, foi possível a realização de uma sessão de educação para a saúde sobre a prevenção de quedas e promoção de estratégias (Anexo IV), em conjunto com duas colegas do MER, sendo que esta atividade de extensão à comunidade teve como população- alvo idosos que frequentam um centro de dia e objetivos que vão ao encontro de *guidelines* internacionais (RNAO,2017). Atendendo ao carácter prioritário desta temática, decorrente do envelhecimento populacional, foi sugerida a realização futura de mais edições desta sessão de educação para a saúde, noutras instituições.

Outro dos desafios lançados no decorrer do MER, que contribuiu para a dimensão da comunicação, foi a participação numa aula do primeiro ano do Curso de MER 2025/2026, através da apresentação da ferramenta do *NeuroCheck* (Apêndice XXXI), transmitindo não só a minha experiência com a implementação desta ferramenta em contexto de Estágio, mas também partilhando o conhecimento resultante da pesquisa efetuada, de modo a simplificar a compreensão do exame neurológico e todos os parâmetros avaliados no mesmo. Ainda no âmbito da comunicação, de revelar que foi submetida uma comunicação livre para respetiva apresentação no CIER (Apêndice XXXII), sendo que a mesma não foi aceite. Esta questão motivou-me a refletir sobre o trabalho concretizado, melhorar os aspetos mencionados pela Comissão Científica do CIER e a olhar de outra forma para o tema, de modo a melhorar toda a comunicação dos resultados do RCC relativo ao medo de cair (Apêndice II). Destarte, esta reflexão permite-me construir uma base de desenvolvimento para otimizar a recolha de contributos para a *práxis* do EEER e para a investigação nesta temática, para uma apresentação futura. Paralelamente, a participação ativa nas reuniões de equipa na UCC, como nas reuniões familiares e de discussão de casos clínicos no CR, promoveram a discussão e reflexão conjunta sobre temáticas que não são frequentemente tão abordadas como a questão do medo de cair, a disfagia, a reabilitação cognitiva na pessoa com AVC e a intervenção que o EEER pode ter na comunidade e no CR (B. Novo, Guerra et al., 2025). Estes espaços de partilha e reflexão, muitas vezes limitados pela rotina dos contextos, demonstraram que a análise crítica da *práxis* pode coexistir com a prestação de cuidados, promovendo o crescimento e a consolidação de competências coletivas nas equipas (Barata, 2023).

Para além disso, traduziu-se num exercício de comunicação avançada, ao implicar a explicitação clara do raciocínio clínico, a fundamentação das decisões e a partilha de conclusões com profissionais de diferentes áreas, contribuindo para processos de decisão partilhada sustentados numa comunicação clara, rigorosa e transdisciplinar.

No **domínio da aprendizagem ao longo da vida e desenvolvimento profissional autónomo**, o percurso de estudo autónomo desenvolvido ao longo dos Estágios possibilitou o aprofundamento e a consolidação de conhecimentos adquiridos em etapas formativas anteriores, incluindo a realização do Curso pertencente ao Projeto *Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries* (STEADI) (Anexo XXII) (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Esta aprendizagem sustentou as intervenções desenvolvidas, permitindo a mobilização integrada do conhecimento na *práxis* e no domínio da investigação, promovendo a melhoria contínua dos cuidados, em articulação com as equipas da UCC e do CR (Barata, 2023; Decreto-Lei n.º 65/2018). No decorrer deste percurso, a aprendizagem ao longo da vida revelou-se indissociável do mandato social da ER, integrando-se na identidade profissional do EEER enquanto agente ativo na qualificação da *práxis*, na produção e disseminação do conhecimento (L. Nunes, 2024b). A Enfermagem exige uma renovação contínua do seu corpo de conhecimentos, assegurada pela investigação e pela sua aplicação contextualizada na *práxis* (Rocha et al., 2024). Perante o aumento da complexidade das respostas humanas, torna-se imperativo que o EEER contribua ativamente para a aplicação atempada da evidência científica na *práxis*, potenciando novos modelos de cuidado, a capacitação das pessoas/famílias e a continuidade dos cuidados entre o hospital e a comunidade (Rogério Ferreira et al., 2024). Assim, o investimento na investigação, na sua disseminação e na translação do conhecimento para a *práxis* constitui não apenas uma exigência académica associada ao grau de Mestre, mas uma responsabilidade ética e profissional orientada para a melhoria contínua dos cuidados de ER (L. Sousa et al., 2024; Ó. Ferreira et al., 2024).

À luz do exposto, o EEER pode ser compreendido como um *knowledge broker*, assumindo uma responsabilidade central na mediação entre a produção científica e a *práxis*. A literatura evidencia que, apesar da persistência do desfasamento entre investigação e *práxis*, os EEER dispõem de competências nucleares que lhes permitem mobilizar, interpretar criticamente e integrar a evidência científica com a sua experiência, o raciocínio clínico e a singularidade das respostas humanas das pessoas, famílias e comunidades (L. Sousa et al., 2024; Ó. Ferreira et al., 2024). Esta mediação traduz-se na adaptação reflexiva e contextualizada da evidência a situações reais e complexas de cuidado, promovendo intervenções individualizadas (Jacobzone & Picalarga, 2023; Pozza et al., 2025). Para além da tradução da evidência existente, o EEER contribui ativamente para a produção de conhecimento a partir da *práxis*, através da avaliação sistemática de resultados, da reflexão crítica sobre as intervenções e do

desenvolvimento de PBE. Esta dupla dimensão, enquanto utilizador e produtor de conhecimento, reforça a sua responsabilidade enquanto *knowledge broker*, contribuindo de forma decisiva para a evolução sustentada da Enfermagem Avançada (Jacobzone & Picalarga, 2023; Pozza et al., 2025).

O desenvolvimento de aprendizagens em contextos de Estágio diversos, com recursos, dinâmicas e métodos de trabalho distintos, constituiu um elemento estruturante do meu percurso formativo, permitindo a consolidação de competências enquanto futura EEER. Neste sentido, as competências específicas do EEER e as competências associadas ao grau de Mestre estabelecem uma relação de simbiose, na qual a formação avançada sustenta a *práxis* especializada e a *práxis* orienta a investigação, potenciando a valorização da ER (Ó. Ferreira et al., 2024). Destarte, reconhecendo que a complexidade dos cuidados de ER ultrapassa as experiências proporcionadas pelos Estágios e acompanha o ritmo crescente da produção científica, impõe-se a assunção de uma responsabilidade profissional orientada para a construção de uma cultura de aprendizagem ao longo da vida. Esta dimensão formativa assume-se, assim, não apenas como uma competência, mas como um eixo estruturante do exercício avançado do EEER, sustentando a qualidade, a segurança e a relevância social da ER. Assim, a análise crítica das atividades desenvolvidas evidenciou, a integração transversal das competências inerentes ao EEER, traduzindo-se numa *práxis* orientada pelo rigor científico, pela ética e pela humanização dos cuidados. Ancorada no paradigma dos cuidados centrados na pessoa, esta *práxis* promove a capacitação através de intervenções culturalmente seguras, compassivas e ajustadas às respostas humanas, contribuindo para transições seguras no regresso ao domicílio (Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025; Meleis, 2012; RNAO, 2025; Tomey & Alligood, 2004; White et al., 2025).

### 3. ANÁLISE SWOT

“Reflection develops professional growth through fuller awareness of self, others, and contextual factors to be able to (...) arrive at new ways of thinking and acting”

(Sherwood, 2024, p.401)

A competência reflexiva (“saber refletir”), constitui um eixo estruturante no desenvolvimento profissional do EEER, pelo que se considerou pertinente a utilização da análise SWOT, dado que permite organizar, de forma sistematizada, os elementos que caracterizam os contextos experienciados, integrando as dimensões facilitadoras do processo de aprendizagem (forças e oportunidades) e dificultadoras (fraquezas e ameaças), como suporte estratégico para a definição de prioridades e para a delineação de planos de melhoria contínua (Beltran et al., 2024; Pereira & Rito, 2015). Destarte, torna-se pertinente analisar este percurso formativo numa ótica de autorreflexão crítica (Figura 3), integrando o desenvolvimento de aprendizagens, a consolidação de saberes e competências, que contribuiriam para a construção de um perfil profissional diferenciado e sustentado na evidência (João Santos, 2023).

**Figura 3.** Análise SWOT do percurso enquanto estudante do Curso de MER



Fonte: Elaboração Própria.

No âmbito das **forças**, destaca-se o investimento contínuo na integração e fundamentação da PBE, elemento central para o desenvolvimento e consolidação de competências do EEER. A elaboração de planos de cuidados de ER, construídos em articulação com as Enfermeiras Supervisoras, as pessoas alvo de cuidados e as suas famílias, conferiu robustez, rigor clínico e intencionalidade às intervenções realizadas, favorecendo a obtenção de ganhos em saúde (Pinto & Mota, 2023). Esta integração teórico-prática traduziu-se numa evolução progressiva e visível ao longo dos diferentes contextos de Estágio, tendo se verificado um aumento significativo da capacidade de estruturar planos de cuidados de ER mais completos, específicos e ajustados à complexidade das respostas humanas, sobretudo no que concerne ao processo de readaptação para o regresso ao domicílio através dos dois RCC (Apêndice II e III). A gestão destas respostas humanas foi alicerçada numa abordagem centrada na pessoa/família, apoiada na empatia, na escuta ativa e numa comunicação eficaz, permitindo construir uma relação terapêutica sólida. Esta relação terapêutica conferiu um reforço na adesão ao processo de reabilitação e sendo facilitador da respetiva capacitação das pessoas/famílias.

De forma concreta, esta adaptação individualizada foi concretizada, por um lado, através da individualização dos planos de exercícios e atividades semanais na UCC (Apêndice XX) — como a inclusão de música significativa ou de mensagens motivacionais em pessoas com humor depressivo — revelando-se uma estratégia facilitadora da adesão, da participação e do bem-estar emocional das pessoas, reforçando a dimensão relacional do cuidar (Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025; RNAO, 2025). Por outro lado, a criação do diário de registos de fim de semana no CR (Apêndice XXI), que permitiu avaliar dificuldades reais no contexto do quotidiano da pessoa e ajustar antecipadamente o plano de intervenção no CR (Meleis, 2012; RNAO, 2023). Importa ainda destacar o impacto da orientação da Enfermeira Supervisora no contexto do internamento do CR, que me motivou a integrar nas admissões uma questão-chave: “Qual é o seu objetivo para este internamento?”. Esta prática, coerente com os princípios da tomada de decisão partilhada e dos cuidados centrados na pessoa/família, permitiu aprofundar a minha capacidade de estabelecer objetivos realistas e significativos, aprimorando o meu pensamento crítico e a adaptação dos planos de cuidados. A estas competências somam-se características intrínsecas que constituíram forças determinantes ao longo do percurso formativo, nomeadamente o sentido de responsabilidade, dedicação, criatividade, compromisso com a aprendizagem e o desenvolvimento profissional. O acolhimento nos diversos contextos de Estágio e o apoio constante das equipas, bem como das Professoras Orientadoras e das Enfermeiras Supervisoras, fomentaram um ambiente facilitador da aprendizagem, reforçando a autoconfiança e a capacidade de integrar novas competências de forma progressiva e consciente.

O facto de me encontrar numa fase inicial do meu percurso profissional em Enfermagem constituiu uma **fraqueza**, particularmente refletida nas dificuldades ao nível da definição de prioridades. Esta limitação tornou-se mais evidente na prestação de cuidados, decorrente da inexperiência no contexto específico da ER e da ausência de contacto prévio com os ambientes de uma UCC e de um CR — aspetos que foram sendo gradualmente superados ao longo dos diferentes Estágios. Paralelamente, a elevada exigência pessoal que coloco no meu desempenho contribuiu para amplificar estas dificuldades. Na prática, perante a identificação de múltiplas respostas humanas por parte das pessoas/famílias, ou de necessidades emergentes dos contextos de Estágio, procurava dar resposta imediata a todas elas, o que frequentemente comprometia a gestão eficaz do tempo e a organização pessoal, profissional e académica, constituindo um fator gerador de sobrecarga e ansiedade. Importa referir que estas fragilidades foram sendo colmatadas com o apoio contínuo das Enfermeiras Supervisoras e Professoras Orientadoras, cujo acompanhamento e orientação constituíram uma base fundamental para a melhoria progressiva da minha prestação de cuidados.

Relativamente às **oportunidades**, os contextos de Estágio revelaram-se particularmente dinâmicos e enriquecedores, proporcionando múltiplas aprendizagens que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências acrescidas em ER. A diversidade de valências e projetos existentes, tanto na UCC como no CR, permitiu-me contactar com diferentes realidades clínicas e ampliar a compreensão das respostas humanas das pessoas/famílias, sobretudo no que se refere às dificuldades sentidas no processo de readaptação e transição para o domicílio. Este contacto direto, primeiramente com a realidade da comunidade, foi determinante para consolidar estratégias individualizadas de capacitação, apoiadas em cuidados de proximidade e potenciando verdadeiramente uma readaptação personalizada, mediante os recursos disponíveis. Esta experiência prévia ao Estágio no CR, dotou-me de conhecimentos e capacidades para ter uma visão alargada das respostas humanas das pessoas e famílias, bem como as reais dificuldades sentidas aquando do regresso ao domicílio, permitindo a adaptação do meu cuidar durante o internamento, por forma a ser facilitadora e promotora de uma transição segura (Ferreira & Baixinho, 2021; Lobo & Palma, 2024). Destaca-se, ainda, a passagem pelos vários departamentos do CR, especialmente pela UT das AVD, que representou uma oportunidade ímpar para aprofundar competências relacionadas com a promoção da autonomia, a readaptação funcional e a preparação para o regresso ao domicílio. Paralelamente, a participação em ações de formação, reuniões e atividades de articulação transdisciplinar constituiu um espaço privilegiado para o reforço da PBE e para o desenvolvimento do pensamento crítico. Saliento, a exigência das Enfermeiras Supervisoras e excelência profissional das equipas da UCC e do CR, que funcionaram como estímulo constante para o aperfeiçoamento da minha intervenção, impulsionando a qualidade dos cuidados

prestados. Bem como os variados desafios propostos pelas Enfermeiras Supervisoras (ex. procedimento setorial (Apêndice IV) e ações de formação (Apêndice XIII e XV)), que se revelaram promotores da minha motivação e desenvolvimento de competências. Acresce a participação ativa na elaboração de trabalhos académicos (Apêndice XXVI, XXVII, XXX) para submissão em congressos, encontros e revistas científicas (Anexo XII, XIII), que representou uma oportunidade significativa de aprofundar competências de investigação, comunicação científica e reflexão crítica sobre a *práxis*. Destaco a participação na atividade de extensão à comunidade, dedicada à prevenção de quedas em pessoas idosas (Anexo IV), como fundamental no processo de crescimento enquanto futura EEER.

Importa ressaltar que, ao longo deste percurso formativo, emergiram diversos elementos que se assumiram como **ameaças** significativas, exigindo adaptação e resiliência. A elaboração de trabalhos académicos com o rigor científico e a qualidade exigidos, em prazos reduzidos, constituiu um desafio constante, sobretudo devido à necessidade de conciliar simultaneamente a prática clínica, a reflexão crítica e a produção escrita sustentada na evidência. Adicionalmente, os recursos existentes e o tempo disponível para as intervenções, tanto na comunidade como no CR, revelaram-se por vezes limitativos, exigindo constante reorganização por parte dos EEER. Na UCC, as condicionantes logísticas associadas ao transporte influenciaram o tempo efetivo para as VD, enquanto no CR, o cumprimento rigoroso dos horários dos departamentos, exigiu uma adaptação contínua da intervenção e do planeamento diário. Outro fator que se destacou como ameaça foi a variabilidade na adesão das pessoas aos planos de intervenção delineados, o que exigiu flexibilidade, capacidade de negociação e a readaptação conjunta do plano de reabilitação com a pessoa/família. A disponibilidade das equipas para a implementação de atividades planeadas revelou também oscilações, frequentemente condicionadas pela elevada pressão existente nos sistemas de saúde, pelas exigências da organização do trabalho e pelo persistente comprometimento da valorização da responsabilidade dos Enfermeiros. Tal como defendido por *Buresh e Gordon (2013)*, permanece a necessidade de ultrapassar estereótipos que confinam a profissão a uma imagem de execução de tarefas, desvalorizando a dimensão cognitiva e autónoma da intervenção de Enfermagem, realidade que se intensifica no caso dos EEER (Gaspar, 2025). Esta ameaça é particularmente relevante, na medida em que o processo de reabilitação tem por base as sinergias entre os diferentes elementos da equipa transdisciplinar, valorizando as competências de cada um, tendo como objetivo conjunto e primordial ir ao encontro das respostas humanas da pessoa (RNAO, 2025; WHO, 2023). Destarte, longe de constituírem barreiras paralisantes, estas ameaças tornaram-se verdadeiros motores de estímulo, fornecendo *inputs* essenciais para aprimorar a minha capacidade de adaptação, reforçar PBE e a necessidade de demonstrar, de forma objetiva, o efeito da intervenção do EEER, consolidando a minha identidade profissional enquanto futura EEER.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente REP encerra o percurso formativo do Curso de MER e evidencia a consecução dos objetivos delineados *a priori*, através de uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas na prática e da sua articulação com os domínios de competências do EEER. Este percurso permitiu a aquisição integrada de saberes, a mobilização da evidência científica pautada pelas lentes dos referenciais teóricos e o desenvolvimento do raciocínio clínico. Deste modo, a atuação do EEER assenta numa tomada de decisão que privilegia a integração consistente de competências avançadas ao nível da avaliação das respostas humanas, da funcionalidade nas AVD e da conceção de planos de cuidados de ER ajustados à singularidade da pessoa e da família, centrados na capacitação e na corresponsabilização no processo de cuidar.

A experiência desenvolvida, em contexto comunitário, assumiu um carácter estruturante na compreensão do domicílio como cenário privilegiado de intervenção do EEER, onde se tornam visíveis as reais dificuldades das pessoas e famílias. A comunidade moldou, de forma decisiva, a minha visão enquanto futura EEER, ao permitir-me iniciar a construção de um “novo eu” profissional no ambiente real das pessoas e famílias, reconhecendo o efeito transformador das intervenções de ER no quotidiano das pessoas, através do exercício contínuo da criatividade e adaptabilidade, reforçando a centralidade da relação terapêutica e da parceria de cuidados de proximidade. Destarte, estas estratégias sustentaram a intervenção subsequente em contexto de internamento no CR e no Hospital de Dia/Internamento de Pneumologia.

Com base nesta premissa, no CR, esta perspetiva foi aprofundada, permitindo integrar a preparação da alta como um processo contínuo, iniciado desde a admissão e orientado para o regresso seguro ao domicílio, afirmando as transições como eixo central da intervenção do EEER. Neste sentido, os ganhos sensíveis aos cuidados de ER evidenciaram-se na capacitação da pessoa e da família para o pós-alta, traduzindo-se na maximização da capacidade funcional para a realização das AVD, na segurança durante as transferências através da utilização de produtos de apoio, na redução do medo de cair e na satisfação da pessoa/família na gestão do autocuidado no domicílio. Estas melhorias resultaram de intervenções intencionais, iniciadas precocemente e ajustadas à realidade do quotidiano, favorecendo a adesão ao plano de reabilitação, a continuidade dos cuidados, a prevenção de complicações e a qualidade de vida.

Paralelamente, foram identificados desafios ao longo do meu percurso, nomeadamente na gestão do tempo e na definição de prioridades, que foram progressivamente ultrapassados através da supervisão clínica, da reflexão sistemática sobre a *práxis* e do desenvolvimento de estratégias de organização e

tomada de decisão, traduzindo-se num crescimento significativo em autonomia e maturidade profissional. Mediante a continuidade do trabalho desenvolvido, revela-se pertinente a implementação de projetos de investigação de ER, no âmbito profissional, com enfoque na avaliação dos *outcomes* obtidos através da capacitação da pessoa e da família para a readaptação funcional nas AVD, particularmente no regresso ao domicílio. Tendo sempre em vista a produção e utilização sistemática de indicadores sensíveis aos cuidados de ER, dado que sustentam a tomada de decisão e reforçam a valorização da ER.

Decorrente da inquietação crítica que tem orientado o meu desenvolvimento profissional, a análise global do percurso desenvolvido revela diversas recomendações. Ao nível da prática clínica, destaca-se a necessidade de integrar sistematicamente o EEER nos processos de planeamento da alta e de transição para o domicílio, bem como na implementação de programas de reabilitação com participação ativa da pessoa e família, prevenindo a fragmentação dos cuidados. No domínio da educação, torna-se imprescindível investir na formação contínua e especializada em ER, com enfoque na transição de cuidados, no processo de capacitação e na avaliação de resultados sensíveis aos cuidados. Quanto às políticas de saúde, perante a crescente complexidade, impõe-se uma abordagem integrada e humanizada, entre disciplinas, reforçando modelos organizacionais que reconheçam o EEER, enquanto eixo estruturante na capacitação das pessoas, promotor de transições seguras e centradas nas respostas humanas, garantindo a equidade e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Em suma, o REP encontra respaldo nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em particular no Objetivo 3 – Saúde de Qualidade e no Objetivo 4 – Educação de Qualidade (Organização das Nações Unidas, 2016). Longe de se circunscrever a um marco académico, o mesmo contribuiu decisivamente para a consolidação de um compromisso ético e profissional com a melhoria contínua dos cuidados, refletindo uma *práxis* sustentada nas competências do EEER, nos referenciais teóricos que estruturam a disciplina e numa abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade, com enfoque na capacitação para a readaptação funcional e para o regresso seguro ao domicílio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2025). *Acordo de Cooperação entre a Administração Central do Sistema de Saúde I.P. e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/ACORDO\\_CMRA\\_2025-2027\\_doc\\_signed-003.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/ACORDO_CMRA_2025-2027_doc_signed-003.pdf)

Agostinho, I. & Cunha, R. (2024). Enfermagem de reabilitação na recuperação funcional da pessoa com lesão medular: Relato de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7 (2). <https://doi.org/10.33194/rper.2024.35645>

Aïdoud, A., Gana, W., Poitau, F., Debaq, C., Leroy, V., Nkodo, J. A., Poupin, P., Angoulvant, D., & Fougère, B. (2023). High Prevalence of Geriatric Conditions Among Older Adults With Cardiovascular Disease. *Journal of the American Heart Association*, 12 (2). <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026850>

Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., & Dias, C. M. (2024). Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA. *Boletim Epidemiológico Observações- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*, 13(35), 91–97. [www.insa.pt](http://www.insa.pt)

António, M., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A. & João, A. (2024). Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), 1-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35999>

Antunes, A., Viveiros, F., Carvalho, A. & Duarte, R. (2012). Micobacterioses Não-Tuberculosas - Das Manifestações Clínicas ao Tratamento. *Arquivos de Medicina*, 26 (1). 25-30. <https://scielo.pt/pdf/am/v26n1/v26n1a04.pdf>

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap. 12.1, pp. 164-233). Lidel.

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2025) *Relatório Junho 2025: Sinistralidade 24 horas- Fiscalização e Contraordenações*. <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2025/Relat%C3%B3rio%20de%20Sinistralidade%2024h%20fiscaliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20contraordena%C3%A7%C3%B5es%20rodovi%C3%A1rias%20de%20junho%20de%202025.pdf>

Baixinho, C. & Ferreira, Ó. (2020). Do hospital para a comunidade: a transição (in) segura. *Revista Baiana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.18471/RBE.V33.35797>

Baixinho, C. (2025). Prefácio. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC*. Lidel.

Baptista, R., Silva Cardoso, J., Canhão, H., Maria Rodrigues, A., Kislaya, I., Franco, F., Bernardo, F., Pimenta, J., Mendes, L., Gonçalves, S., Teresa Timóteo, A., Andrade, A., Moura, B., Fonseca, C., Aguiar, C., Brito, D., Ferreira, J., Filipe Azevedo, L., Peres, M., Gavina, C. (2023). Portuguese Heart Failure Prevalence Observational Study (PORTHOS) rationale and design – A population-based study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 42(12), 985–995. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2023.10.004>

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

Bárbara, C. (2024). *Manual da Qualidade- Serviço de Pneumologia*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/07/MQ.11-Servico-Pneumologia-ULSSM.pdf>

Beaudart, C., Alcazar, J., Aprahamian, I., Batsis, J., Yamada, Y., Prado, C., Reginster, J., Rodriguez, D., Lim, W, Sim, M., Haehling, S., Woo, J., & Duque, G. (2025). Health outcomes of sarcopenia: a consensus report by the outcome working group of the Global Leadership Initiative in Sarcopenia (GLIS). *Aging Clinical and Experimental Research*, 37 (100). <https://doi.org/10.1007/s40520-025-02995-9>

Beltran, L., Figueiredo, C., Peres, M., & Nunes, T. (2024). Autoavaliação de soft skills em enfermagem: construção e validação de conteúdo de um instrumento. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024ao0001052>

Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care. *BMJ Open Quality*. 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2023-002516>

Buresh, B., & Gordon, S. (2013). *Do Silêncio à Voz*. Lusociência.

Campos, M., Bastos, F. & Cruz, I. (2025). Conceção de cuidados à pessoa e à família após o AVC. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.5, pp.36-54). Lidel.

Canavarro, M., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Quarteto Editora.

Cardoso, A. & Brito, A. (2024a). Mais enfermagem na Enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 1, pp. 1-7). Lidel.

Cardoso, A. & Brito, A. (2024b). Origem e domínios de atuação. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 1.1, pp. 8-11). Lidel.

Cardoso, A. & Brito, A. (2024c). Enfermagem avançada versus prática avançada de enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 1.2, pp. 12-15). Lidel.

Cardoso, A. & Brito, A. (2024d). Epistemologia da enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada*, (Cap. 2.1, pp. 27-35). Lidel.

Carrasco, C. & Tomas-Carús, P. (2020). Programas de intervenção para a prevenção de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade. In F. Mendes, C. Pereira & J. Bravo, *Envelhecer em Segurança no Alentejo* (179-211). ESACA.  
<https://www.researchgate.net/publication/339302958> Programas de intervencao para a prevencao de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade

Carvalho, M. (2021). *Relatório Científico: Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal*.  
<https://www.researchgate.net/publication/355197408> Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Senior em Portugal

Centers for Disease Control and Prevention (2017). *STEADI- Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries*. <https://www.cdc.gov/steady/index.html>

Chandrasekaran, S., Hibino, H., Gorniak, S., Layne, C. & Johnston, C. (2021). Fear of Falling: Significant Barrier in Fall Prevention Approaches. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(6), 598–601.  
<https://doi.org/10.1177/15598276211035360>

Correia, T., Martins, M., Barroso, F., Pinho, L., Longo, J. & Valentim, O. (2023). The Family's Contribution to Patient Safety. *Nursing Reports*, 13 (2). 634–643. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020056>

Costa, N. (2019). *Treino orientado para a tarefa em doentes com AVC: Um modelo de intervenção em reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança].

Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/19563>

Cruz, A., Novo, A., Queirós, C., Viana, M., Verissimo, C., Petronilho, F., Couto, G., Sousa, L., Ferreira, M., Souto, N., Azevedo, P., Ferreira, P., Queiroz, S., Gonçalves, R., & Marques Pinto, V. (2026). Currículos de enfermagem na área da atividade física: estudo 8 transversal multicêntrico. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 9(1), e520. 9. <https://doi.org/10.37914/riis.v8i2.520>

Cruz, A., Sá, M., Conceição, V., Baixinho, C., & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Coord.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (Cap.50, 761-785). Sabooks Editora.

Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto. *Diário da República, Série I (152)*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/08/15200/56705689.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República, Série I (157)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Decreto-Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro. *Diário da República, Série I (14)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

Delgado, B., Mendes, I., Silva, A., & Costa, A. (2021). A pessoa com patologia cardiovascular: Da prática baseada na evidência à conceção dos cuidados diferenciados. In C. Marques-Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Coord.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (Cap.35, 445–475). Sabooks Editora.

Denfeld, Q., Turrise, S., MacLaughlin, E., Chang, P., Clair, W., Lewis, E., Forman, D., & Goodlin, S. (2022). Preventing and Managing Falls in Adults With Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 15 (6). <https://doi.org/10.1161/HCQ.000000000000108>

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

Despacho n.º 11077/2025, de 19 de setembro. *Diário da República, Série II (181)*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2025/09/181000000/0008700121.pdf>

Dias, P., Guedes, F., Freitas, I., Nunes, A. & Cabrita, J. (2023). Sobrecarga dos Cuidadores Informais nos Cuidados de Saúde Primários. *Gazeta Médica*, 10 (3). <https://doi.org/10.29315/gm.v1i1.520>

Direção-Geral da Saúde. (19 de maio 2011). Norma nº 017/2011: *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/normas-orientacoes-e-informacoes/escala-de-braden-versao-adulto-e-pediatria-braden-q-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

Duarte, A., Maciel, P., Melo, J., Silva, L., Santos, P. (2024). Fragilidade do Idoso: Atuação da Atenção Primária de Saúde. *Ciências da Saúde*, 28 (133). <https://doi.org/10.5281/zenodo.11002533>

Escola Superior de Saúde Atlântica. (2022). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações*. 1-39.

Escola Superior de Saúde Atlântica. (2025). *Guia orientador de Estágio Profissionalizante: 2º ano-1º semestre*. 1-41.

Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F., Bimbatti, K. & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.17, pp. 404-429). Lidel.

Faria, A., Martins, M., Ribeiro, O., Ventura-Silva, J., Fonseca, E., Ferreira, L. & Laredo-Aguilera, J. (2023). Effect of the Active Aging-in-Place–Rehabilitation Nursing Program: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare*, 11 (2). <https://doi.org/10.3390/healthcare11020276>

Farias, T., Assis, F., Soares, J., Oliveira, P., Antunes, F., Assis, V., Silva, I., Vale, E., & Silva, A. (2022). Estratégias para a prevenção de quedas em idosos em ambiente domiciliar: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(16), 1–8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38572>

Feigin, V., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M. & Rautalin, I. (2024). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*. 20 (2). 132-144. <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>

Ferreira, M., Barroso, J., Martins, M. & Fernandes, C. (2025). Correntes na recuperação e reabilitação da pessoa com AVC. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.2, pp.12-15). Lidel.

Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2021). Estratégias para implementar a transição segura hospital-comunidade e minorar os reinternamentos hospitalares. *Revista Ciências em Saúde*, 11 (1), 2-3. <https://doi.org/10.21876/RCSHCI.V11O1.1120>

Ferreira, Ó., Sousa, L., Ferreira, R. & Baixinho, C. (2024). Translação dos resultados de investigação para a prática. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada*, (Cap. 8.7, pp. 365-372). Lidel.

Ferreira, R. [Rafael], Narciso, B., Ramos, A., Mendes, S., Palma, S., Ferreira, Ó & Baixinho, C. (2025). The Documentation Used by the Nurses During the Transition From the Hospital to the Community Setting: A Scoping Review. *Nursing Open*, 12 (e70148). <https://doi.org/10.1002/nop2.70148>

Ferreira, R. [Rogério], Horta, C., Moutinho, J., Luz, O., Pereira, P., Sousa, L. & Baixinho, C. (2025). Rehabilitation of Elderly Individuals with Frailty Syndrome. *Preprints*. <https://doi.org/10.20944/preprints202507.1738.v1>

Ferreira, R. [Rogério], Pedrosa, A., Reis, N., Sousa, L., Nicolau, C., Ferreira, B., Rocha, B. & Baixinho, C. (2024). Transitional care for older persons with need of geriatric rehabilitation nursing interventions. *BMC Nursing*, 23 (376). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02050-4>

Ferreira-Camboa, A., Pereira, R. & Martins, M. (2025). Vestir-se e despir-se após o AVC. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.9, pp.89-104). Lidel.

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Heart failure in numbers: Estimates for the 21st century in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Franco, S., Carneiro, S., Silva, M. & Araújo, P. (2025). Higiene e Arranjo pessoal. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.8, pp.71-88). Lidel.

Galvão, A. & Gomes, M. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In J. Pinheiro (Coord.), *Olhares sobre o envelhecimento- Estudos Interdisciplinares* (pp.159-168). Universidade da Madeira. <http://cda.uma.pt/publications/pub21-001-olhares-v1/Ebook-21-V01-159.pdf>

Gaspar, L. (2025). *Dia Nacional do Enfermeiro de Reabilitação: reconhecer quem transforma dependência em autonomia*. Observador. <https://observador.pt/opiniao/dia-nacional-do-enfermeiro-de-reabilitacao-reconhecer-quem-transforma-dependencia-em-autonomia/>

Gaspar, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.2, pp.12-18). Lidel.

Gil,A., Sousa, F. & Martins, M. (2020). Implementação de Programa de Enfermagem de Reabilitação em Idoso com Fragilidade/Síndrome de Desuso-Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (2). 27-35. <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>

Goes, M., Oliveira, H., Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L. & Marques, M. (2023). A nursing care-sensitive patient satisfaction measure in older patients. *Scientific Reports*, 13(7607). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33805-9>

Gomes, A., Marques, L., Barreiros, S., Ribeiro, S., Guerra, N., Sousa, L. & Severino, S. (2025). Rehabilitation Nursing interventions that facilitate continuity of care between hospital and community settings, *Nursing Depths Series*, 4 (405). <https://doi.org/10.56294/nds2025405>

Gonçalves-Bradley, D., Lannin, N., Clemson, L., Cameron, I. & Shepperd, S. (2022). *Discharge planning from hospital (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, 2 (CD000313). <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD000313.pub6>

Gouveia, A., Severino, S. & Sousa,L. (2025). Transitions theory as a theoretical framework to support Rehabilitation Nursing in an orthotrauma context. *Interdisciplinary Rehabilitation*, 5(112). <https://doi.org/10.56294/ri2025112>

Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F.,

Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., ... Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(18). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>

Henriques, F. & Fumincelli, L. (2023). A Pessoa com Lesão Medular. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Reimpressão 1ª Edição, pp. 433-450). Sabooks Editora.

Hoy, L., Hoy S., Fitall, E., Kendall, K. & Hough, K. (2021). *Meaningful Measurement in Patient and Family Engagement*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/meaningful-measurement-patient-and-family-engagement>

Instituto da Segurança Social. (28 de novembro 2014). *Guia prático rede nacional de cuidados continuados integrados.1-18*. [https://seg-social.pt/documents/10152/27187/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](https://seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)

Instituto da Segurança Social. (2025). *Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.1-24*. <https://www.seg-social.pt/storage1/files/N37-RNCCI-5sfxnZFGcpaPKTnbrTJaQ.pdf>

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. (2020). *Consenso estratégico para a insuficiência cardíaca em Portugal*. [https://coracaodeportugal.dn.pt/wp-content/uploads/2020/10/Consensus\\_Digital\\_PT.pdf](https://coracaodeportugal.dn.pt/wp-content/uploads/2020/10/Consensus_Digital_PT.pdf)

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas Demográficas: 2023*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estatísticas da Saúde – 2023*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/66625391>

International Council of Nurses. (2019). *International Classification for Nursing Practice Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

International Learning Collaborative. (junho de 2025). *The fundamentals of care framework: The framework defined*. <https://ilccare.org/the-fundamentals-of-care-framework/>

Jacobzone, S. & Picalarga, S. (2023). Mobilising evidence to enhance the effectiveness of child well-being policies: The role of knowledge brokers. *OECD Working Papers on Public Governance*, 58. <https://doi.org/10.1787/faeb9a0d-en>

Jardim, G. (2025). Altas Cada Vez Mais Precoces: Quando o Regresso a Casa Chega Antes do Tempo. *A Pátria*. <https://apatRIA.org/altas-cada-vez-mais-precoces-quando-o-regresso-a-casa-chega-antes-do-tempo/>

Jesus, T., Papadimitriou, C., Bright, F., Kayes, N., Pinho, C. & Cott, C. (2022). Person-Centered Rehabilitation Model: Framing the Concept and Practice of Person-Centered Adult Physical Rehabilitation Based on a Scoping Review and Thematic Analysis of the Literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 103 (1). 106-120. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.05.005>

Keskin, S., Sari, E., Canbulat, Ş., & Öztürk, F. (2025). Fear of Falling Avoidance Behavior on Daily Living Activities and Physical Activity in Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Nursing and Health Sciences*, 27(1). <https://doi.org/10.1111/nhs.70060>

Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide (Ed.). [www.health.adelaide.edu.au/nursing](http://www.health.adelaide.edu.au/nursing)

Lambert, S., Audet, L., Brahim, L., Schaffler, J., Ramirez, C., Frati, F., Sangha, S., Howard, F. & Lambert, L. (2025). Family-Reported Outcomes Measures (FROMs) Screening Programs an Integral Part of Chronic Disease Management: A Scoping Review. *Sage*, 32. 1-37. <https://doi.org/10.1177/10732748251339217>

Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. *Diário da República, Série I (171)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>

Lima, K. (2024). *Neuroplasticidade e Reabilitação- Estratégias Avançadas de Enfermagem para Maximização da Recuperação Funcional em Pacientes Pós-AVC*. [https://www.researchgate.net/publication/395767568\\_Neuroplasticidade\\_e\\_Reabilitacao\\_Estrategias\\_Avancadas\\_de\\_Enfermagem\\_para\\_Maximizacao\\_da\\_Recuperacao\\_Funcional\\_em\\_Pacientes\\_Pos-AVC](https://www.researchgate.net/publication/395767568_Neuroplasticidade_e_Reabilitacao_Estrategias_Avancadas_de_Enfermagem_para_Maximizacao_da_Recuperacao_Funcional_em_Pacientes_Pos-AVC)

Lima, T., Amaral, O., Almeida, P., Carvalho, P., Marques, T., Pinto, A. & Coimbra, T. (2022). Do internamento para a comunidade – o cuidador informal na transição. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5 (1). <https://doi.org/10.37914/rriis.v5i1.191>

Lobo, A. & Palma, T. (2024). A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16910>

Lopes, C. [Carlos] (2021). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma apa (2020, 7ª edição)*. ISPA-CRL. ISBN: 978-989-8384-63-8

Lopes, C. [Cátia], Cunha, D., Gonçalves, M. & Nunes, V. (2015). *Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Integração da família nos cuidados à pessoa idosa internada – Um novo paradigma*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalGarciaOrta\\_IntegracaoFamiliaCuidadosPessoaInternada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_IntegracaoFamiliaCuidadosPessoaInternada.pdf)

Malta, D., Gonçalves, C., Fernandes, L., Pinho, M. & Ferreira, M. (2025). Técnica de mobilização poliarticular e polissegmentar para gestão da espasticidade. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.10, pp.105-136). Lidel.

Marques- Vieira, C., Sousa, L., Baixinho, C., Reis, M., Pérez-Rivas, F., Sousa, L. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30: e20190243, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

Marques, R., Pontífice-Sousa, P. & Néné, M. (2024). A cultura do processo reflexivo na construção de competências. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 3.3, pp. 94-98). Lidel.

Martins, M. & Fernandes, C. (2025). A família e as mudanças nos processos familiares. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.19, pp. 233-240). Lidel.

Martins, M., Marinho, D., Cunha, D. & Rocha, I. (2025). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na sobrecarga do familiar cuidador: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8 (2). 1-18. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.36735>

Martins, M., Schoeller, S., Vargas, C. & Zuchetto, M. (2025). A pessoa após o AVC: pensar a enfermagem. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.1, pp.3-11). Lidel.

Matos, C., Baixinho, C., Alarcão, V., Henriques, M., Ferreira, R., Nascimento, T., Arriaga, M., Alves, T., Nogueira, P. & Costa, A. (2025). Perceptions of Fall Prevention and Engagement in Social Prescribing Activities Among Older Adults: A Cross-Sectional Study in Portugal. *Healthcare*, 13 (3209). <https://doi.org/10.3390/healthcare13243209>

Matos, M. & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na Transição da Pessoa com Alteração Motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

McCance, T., & McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing*. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company (Ed.).

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5<sup>th</sup> edition). Wolters Kluwer Health (Ed.).

Melo, P. (2024). A intencionalidade na ação: do cuidado à promoção da autonomia e ao empoderamento. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 7.2, pp. 310-315). Lidel.

Mendes, A. (2024). A enfermagem enquanto profissão: intervenções autónomas e interdependentes. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (1.ª ed., pp. 80- 86). Lidel.

Mendes, J., Mariz, M., Loureiro, M., Bento, M., Cardoso, C. & Caridade, J. (2024). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e os recursos utilizados pelas famílias e enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7 (2). <https://doi.org/10.33194/rper.2024.35656>

Mendes, L., Lino, L., Filho, E., Santana, M., Souza, G., Bordignon, T., Amaral, K., Freire, P., Carvalho, J., Moraes, R., Dovera, P., & Lima, A. (2024). Manejo da insuficiência cardíaca crônica em idosos: Uma revisão de literatura. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1(3), 348–355. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.94>

Ministério da Saúde. (2021). *Projeto de Reabilitação*. Serviço Nacional de Saúde.1-28.

Ministério da Saúde. (2022). *Manual de acolhimento- para novos profissionais e estudantes de enfermagem da UCC*. Serviço Nacional de Saúde.1-29

Ministério da Saúde. (abril de 2025a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: Registo Nacional de Utentes*. Serviço Nacional de Saúde.

Ministério da Saúde. (janeiro de 2025b). *Relatório do Projeto de Reabilitação 2024*. Serviço Nacional de Saúde.1-20.

Ministério da Saúde. (2025c). *Centro de Medicina de Reabilitação*. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Modas, D., Nunes, E. & Charepe, Z. (2019). Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (e20180130). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130>

Monteiro, D., Novo, A., Delgado, B. & Rocha, I. (2025). Programa de reabilitação cardíaca na capacidade funcional da pessoa internada por insuficiência cardíaca descompensada: Estudo multicaso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8 (3). 1-11. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35655>

Mulhern, M. (2023). Cognitive Rehabilitation Interventions for Post-Stroke Populations. *Delaware Journal of Public Health*, 9 (3). 70-74. <https://doi.org/10.32481/djph.2023.08.012>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Stroke rehabilitation in adults: NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng236](http://www.nice.org.uk/guidance/ng236)

Novo, A., Loureiro, M., Delgado, B., Vaz, S., Martins, M. & Schoeller, S. (2025). Atividade e exercício físico em enfermagem de reabilitação: análise documental baseada em evidência e teorias de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8 (2). <https://doi.org/10.33194/rper.2025.41115>

Novo, B., Guerra, N., Sousa, L. & Severino, S. (2025). Rehabilitation Nursing: A transformative perspective focused on the person, family, and community, *Nursing Depths Series*, 4 (420). <https://doi.org/10.56294/nds2025420>

Novo, B., Ribeiro, M., Bação, M., Andrade, M., Horta, P., Sousa, L., Guerra, N. & Severino, S. (2025). Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling. *Salud, Ciencia y Tecnologia*, 3 (226).1-7. <https://doi.org/10.62486/agmu2025226>.

Novo, B., Ribeiro, M., Bação, M., Severino, S., Rabiais, I., Tomás, J., Albuquerque, G. & Sousa, L. (2025). Nurse interventions in the rehabilitation of adults with neurogenic bowel after spinal cord injury: Rapid Review. *Rehabilitation and Sports Medicine*, 5 (115). <https://doi.org/10.56294/ri2025115>

Nunes, L. (2024a). Tomada de decisão ética. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 3.4, pp. 99-108). Lidel.

Nunes, L. (2024b). Identidade profissional da enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 3, pp. 77-79). Lidel.

Nunes, M., Santos, D., Limão, R., Medina, V., Manata, J., & Santos, E. (2025). Intervenções para o cuidador da pessoa idosa na transição hospital-domicílio: um protocolo de scoping review. *Servir*, 2(13), e38600. <https://doi.org/10.48492/servir0213.38600>

O' Donoghue, M, Boland, P, Leahy, S., Galvin, R., McManus, J., Lisiecka, D. & Hayes, S. (2022). Exploring the perspectives of key stakeholders on the design and delivery of a cognitive rehabilitation intervention for people post-stroke. *PLoS ONE*, 17 (6). 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269961>

OECD/European Commission. (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. 1-233. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.34, pp. 654–670). Lidel.

Oliveira, I., Sousa, S. & Miranda, M. (2025). A alimentação. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.11, pp.137-150). Lidel.

Oliveira, L., Pedreira, L., Jesus, A., Pinto, I., Santos, J., Correia, L., Nery, A. & Gomes, N. (2025). Cuidados de transição do hospital para domicílio como suporte para cuidadores de pessoas idosas: uma revisão de escopo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 46 (e20240106). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240106.pt>

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24587/guia-de-boa-prc3a1tica-de-cuidados-de-enfermagem-c3a0-pessoa-com-traumatismo-vc3a9rtebro-medular.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoD ocumental EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoD ocumental EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumenta caoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumenta caoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Guia Orientador de Boa Prática- Reabilitação Respiratória*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%E7%E3o-respirat%F3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%E7%E3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%E7%E3o-respirat%F3ria_mceer_final-para-divulga%E7%E3o-site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Ontologia de Enfermagem: Plataforma Online*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio\\_v8\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf)

Organização das Nações Unidas. (2016). *Guia para o Desenvolvimento Sustentável- 17 Objetivos para Transformar o Mundo*. [https://unric.org/pt/Objetivos-de-Desenvolvimento-Sustentavel/?\\_gl=1\\*\\_11otefv\\*\\_ga\\*Njk1OTA1NDc5LjE3Njk5NjQ5OTA.\\*\\_ga\\_NEX8LJ5P86\\*\\_czE3Njk5NjQ5OTAKbzEkZzAkdDE3Njk5NjQ5OTAKajYwJGwwJGgxMDcxODg1OTAw](https://unric.org/pt/Objetivos-de-Desenvolvimento-Sustentavel/?_gl=1*_11otefv*_ga*Njk1OTA1NDc5LjE3Njk5NjQ5OTA.*_ga_NEX8LJ5P86*_czE3Njk5NjQ5OTAKbzEkZzAkdDE3Njk5NjQ5OTAKajYwJGwwJGgxMDcxODg1OTAw)

Pacheco, R. (2018). *A Vulnerabilidade da Pessoa Humana: que compromissos?*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10341/12-a-vulnerabilidade-da-pessoa-humana-30\\_dez.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10341/12-a-vulnerabilidade-da-pessoa-humana-30_dez.pdf)

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2). 225-235. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

Páscoa, A., & Rosário, J. O. (2024). Competências de gestão e supervisão dos cuidados. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (1.ª ed., pp. 225- 229). Lidel.

Pedrosa, A., Ferreira, Ó. & Baixinho, C. (2021). Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75 (5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>

Pereira, R. & Rito, M. (2015). A análise swot como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. In C. Pinto & F. Segadães (Coords.), *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências* (pp.270-275). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/32031>

Pereira, R. [Rute], Martins, M. & Machado, W. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.18, pp. 430-449). Lidel.

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

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

Pestana, H. (2023b). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Reimpressão 1ª Edição, pp. 76-88). Sabooks Editora.

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R. & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.9, pp.67-75). Lidel.

Pinto, A. & Mota, L. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de *scoping review*. *Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5 (1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>

Pinto, D., Marques, R., Macedo, N., Carvalho, A., Machado, P. & Padilha, M. (2025). Manutenção dos efeitos de um programa de reabilitação respiratória em pessoas com DPOC - Desenvolvimento de uma intervenção complexa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8 (3). <https://doi.org/10.33194/rper.2025.41523>

Pinto, M., Teixeira, P., Alves, L., Sebastião, C. & Henriques, A. (2025). Capacitação da pessoa para a técnica de inalação correta em programa de reabilitação respiratória. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8 (2). <https://doi.org/10.33194/rper.2025.36174>

Platz, T. (2021). *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations*. Springer (Ed.). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1>

Pontes, M., & Santos, A. (2023). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 89- 100). Lusodidacta.

Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro. *Diário da República, Série I (24)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/38-a-2023-207026149>

Portugal Angels Nurse Task Force. (2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral*. [https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Pozza, R., Bloustein, H., Evans, H., Nunn, J., Sweeney, S. & Cvitanovic, C. (2025). *Developing a Shared Understanding of Knowledge Brokering*. National Environmental Science Program Climate Systems Hub. [https://nesp2climate.com.au/wp-content/uploads/2025/09/NESP\\_Climate-Systems-Hub\\_Shared-Understanding-of-Knowledge-Brokering.pdf](https://nesp2climate.com.au/wp-content/uploads/2025/09/NESP_Climate-Systems-Hub_Shared-Understanding-of-Knowledge-Brokering.pdf)

Registered Nurses Association of Ontario. (2003). *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines- Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence>

Registered Nurses Association of Ontario. (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4ª edição). [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg)

Registered Nurses Association of Ontario. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: Transições nos Cuidados e Serviços- Segunda edição*. <https://rnao.ca/media/8549/download?inline>

Registered Nurses Association of Ontario. (2025). *Person- and Family-Centred Care*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II (26)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II (85)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Reis, G. & Bule, M. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Reimpressão 1ª Edição, pp. 53-67). Sabooks Editora.

Reis, G., Bule, M., Sousa, L., Marques-Vieira, C. & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.12, pp. 154-163). Lidel.

Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.7, pp.48-55). Lidel.

Rocha, B., Petronilho, F., Pestana, H. & Machado, M. (2024). Documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 9.1, pp. 383-389). Lidel.

Rodrigues, R. & Cardoso, D. (2022). Prática Baseada na Evidência. In M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Investigação em Enfermagem- Teoria e Prática* (Cap. 11, pp. 227-244). Lidel.

Rosendo, I. & Santiago, L. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33, 244-50.  
<https://scielo.pt/pdf/rpmgf/v33n4/v33n4a02.pdf>

Rupp,R., Biering-Sørensen, F., Burns, S., Graves, D., Guest, J., Jones, L.,Schmidt, M., Rodriguez, G., Schuld, C., Tansey, K., Walden, K. & Kirshblum, S. (2021). International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury.: Revised 2019. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 27 (2). 1-22. <https://doi.org/10.46292/sci2702-1>

Santa Casa Misericórdia de Lisboa. (2024). *Como viver com uma lesão medular e manter-se saudável*.  
<https://cmra.scml.pt/wp-content/uploads/2024/01/manual-lvm.pdf?>

Santos, A. [Ana], Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T. & Dias, C. (2022). *Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://repositorio.insa.pt/entities/publication/afb9bb29-f39c-4fae-832b-c59bfd3d69a1>

Santos, A. [Andrea], Carneiro, S., Silva, A., Gomes, A. & Macedo, R. (2024). Nontuberculous Mycobacteria in Portugal: Trends from the last decade. *Pulmonology*, 30 (4). 337-343.  
<https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2022.01.011>

Santos, C., Santos, A., Santos, M., Rodrigues, F. & Bárbara, C. (2019). Pulmonary rehabilitation adapted index of self-efficacy (PRAISE) validated to Portuguese respiratory patients. *Pulmonology*, 25 (6). 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2019.06.003>

Santos, J. [Jéssica], Campos, C. & Martins, 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). <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Santos, J. [João] (2023). Advanced Nursing: remembering the past, appreciating the present and perspecting the future. *Pensar em Enfermagem*, 27(1), 84–91.  
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>

Santos, S. (2024). Os cuidados na comunidade: uma leitura sobre o seu papel, modos e organização. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 5.6, pp. 244-252). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (27 de março 2024). *Plano de Ação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude\\_27mar24.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf)

Sherwood,G. (2024). Reflective practice and knowledge development: Transforming research for a practice-based discipline. *International Journal of Nursing Sciences*, 11 (4). 399-404. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.08.002>

Silva, L., Mota, A., Lemos, L. & Santos, M. (2021). Programa de reabilitação respiratória à pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica na comunidade. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.29, pp. 600-612). Lidel.

Silva, V., Menezes, T., Sherlock, P., Semedo, D., Baixinho, C., Moita, C., Coifman, A. et al. (2025). *Cuidado a pessoas idosas com dependência funcional e cuidadores familiares na comunidade através de redes de apoio: protocolo de revisão de escopo*. <https://doi.org/10.17605/osf.io/djwag>

Soares, A., Araújo, P. & Ribeiro, O. (2025). Estimulação da sensibilidade. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.14, pp.171-181). Lidel.

Sociedade Europeia de Cardiologia. (2021). *Recomendações de Bolso de 2021 da ESC: Insuficiência Cardíaca: Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. <https://doi.org/10.1093/euheartj/ehab368>

Sousa, L., Albuquerque, G., Guerra, N., Severino, S. & Faleiros, F. (2025). Transformation and Leadership in Rehabilitation Nursing: Driving Person-Centered Care from an Academic Perspective. *Nursing Depths Series*. 4 (418). <https://doi.org/10.56294/nds2025418>

Sousa, L., Baixinho, C. Ferreira, R. & Ferreira, O. (2024). Disseminação dos resultados da investigação. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 8.6, pp. 359-364). Lidel.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Reimpressão 1ª Edição, pp. 113-121). Sabooks Editora.

Sousa, L., Martins, M. & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1). <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

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

Sousa, P. & Oliveira, F. (2024). A enfermagem no ambiente dos sistemas de informação em saúde. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 6, pp. 273-289). Lidel.

Sousa, S., Barbeiro, S., Taveira, V. & Martins, M. (2025). Preparação para o levante. In A. Lima, M. Martins & S. Ferreira (Coords.), *Cuidados de Enfermagem na Pessoa com AVC* (Cap.13, pp.161-170). Lidel.

Sulaiman, N., Martins, B., Moreira-Sousa, D., Aguiar, A., Hurst, J. R., Brown, J., Duarte, R., & Lipman, M. (2025). Optimising non-pharmacological interventions in people with non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease: a systematic review. *ERJ Open Research*, 11(1). <https://doi.org/10.1183/23120541.00533-2025>

Sun, X.& Li, X. (2023). Editorial: Aging and chronic disease: public health challenge and education reform. *Public Health*, 11 (1175898). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1175898>

Sun, X., Shi, Y., Liu, C., Wang, S., Li, D., Zhu, X., Pan, K., Wang, H. & Zhang, H. (2025). Experience and needs of stroke patients in physical rehabilitation: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 25 (1062). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13213-7>

Tanlaka, E., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A. & Snobelen, N. (2023). The Role and Contributions of Nurses in Stroke Rehabilitation Units: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45 (8), 764-776. <https://doi.org/10.1177/01939459231178495>

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). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra- Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª edição)*. Lusociência.

Vargas, C., Martins, M., Zuchetto, M. & Schoeller, S. (2025). *Teoria de Enfermagem de Reabilitação para o Bem-Viver*. Atena (Ed.). <https://doi.org/10.22533/at.ed.543251610>

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Cap.5, pp. 34-45). Lidel.

Veiga, M. (2024). Competência emocional- indicador sensível de qualidade dos cuidados. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 5.5, pp. 230-243). Lidel.

Vieira, M., Martins, M. M., Martins, R., & Fernandes, C. (2023). Traçado da intervenção do enfermeiro de reabilitação organização de cuidados para um envelhecimento saudável e ativo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.316>

Vilarinho, R., Mesquita, A., Noites, A., Silva, F. & Melo, C. (2024). Reference values for the 1-minute sit-to-stand and 5 times sit-to-stand tests to assess functional capacity: a cross-sectional study. *Physiotherapy*, 124. 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2024.01.004>

Vilela, C., Lima, A. & Martins, M. (2024). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. In R. Marques, M. Néné & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem Avançada* (Cap. 4.1, pp. 157-164). Lidel.

White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D. (2025). *Renewing the Definitions of “Nursing” and “a Nurse” Final Project Report*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN\\_Definition-Nursing\\_Report\\_EN\\_FINAL.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_FINAL.pdf)

World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2023). *Rehabilitation 2030: meeting report*. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>

World Health Organization. (2025a). *Ageing: Global population*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>

World Health Organization. (2025b). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

World Health Organization. (2025c). *State of the world's nursing report 2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236>

Xavier, A., Machado, W., Tholl, A., Figueiredo, N., Ferreira, M., Sé, A. & Cruz, V. (2024). Intervenções de enfermagem para reabilitação de pessoas com lesão medular na comunidade: Revisão de escopo. *Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 7 (10). 1-28. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-461>

Xavier, A., Pereira, J., Monteiro, R., Cruz, V., Silva, H. & Machado, W. (2024). Intervenções de enfermagem de reabilitação ao paciente com lesão medular: Protocolo de revisão de escopo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7 (1). <https://doi.org/10.33194/rper.2024.358>

Yang, C., Zhao, J., Xie, H., Wang, H., Xiaoting, L., Hua, L., Liang, L. (2021). Effects of early rehabilitation nursing intervention on nerve function and daily living in patients with stroke hemiplegia. *American Journal of Translational Research*, 13(10). 11842-11850. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34786113/>

## **APÊNDICES**



**Apêndice I |**

Plano de Atividades do Estágio Profissionalizante



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2025/2026**

**2º Ano- 1º Semestre**

**Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante**

**Plano de Atividades para Estágio**

Do Planeamento à Adaptação no Cuidar: Um Percurso de Capacitação para a  
Excelência

**Elaborado por**

Beatriz Antunes Novo (nº estudante- [REDACTED])

**Docente Orientadora**

Joana Marques

**Enfermeira Supervisora**



Barcarena,

setembro 2025



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2025/2026**

**2º Ano- 1º Semestre**

**Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante**

**Plano de Atividades para Estágio**

Do Planeamento à Adaptação no Cuidar: Um Percurso de Capacitação para a  
Excelência

**Elaborado por**

Beatriz Antunes Novo (nº estudante- [REDACTED])

**Docente Orientadora**

Joana Marques

**Enfermeira Supervisora**

[REDACTED]

Barcarena,

setembro 2025

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste plano de atividades para estágio.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APA- *American Psychological Association*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CR- Centro de Reabilitação

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP- Estágio Profissionalizante

ER- Enfermagem de Reabilitação

LVM- Lesão Vertebral Medular

MER- Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MRC- *Medical Research Council*

PA- Plano de Atividades

PREM- *Patient- Reported Experience Measures*

PROM- *Patient- Reported Outcome Measures*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNAO- *Registered Nurses Association of Ontario*

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TCE- Traumatismo Crânio-Encefálico

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1. DESENVOLVIMENTO</b> .....	10
<b>1.1. Enquadramento</b> .....	10
<b>1.2. Plano de Atividades</b> .....	11
<b>CONCLUSÃO</b> .....	19
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	20
<b>APÊNDICES</b> .....	i
<b>Apêndice I</b>   Principais Focos de Intervenção para a Enfermagem de Reabilitação no CR ..	ii
<b>Apêndice II</b>   PROMs e PREMs Associados aos Objetivos Específicos .....	x
<b>Apêndice III</b>   Cronograma dos Objetivos delineados para o EP .....	xi

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Representação esquemática dos objetivos específicos segundo os domínios de competências do EEER. ....	12
--	----

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## INTRODUÇÃO

O presente Plano de Atividades (PA), desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante (EP), do segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), tem como propósito a consolidação e o aprofundamento de competências inerentes à área da Enfermagem de Reabilitação (ER). A sua conceção assenta na identificação e análise das respostas humanas que emergem da interação da tríade relacional dos cuidados — enfermeiro, pessoa/família e contexto —, orientando-se para a promoção da qualidade e para a melhoria contínua dos cuidados de ER, numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa e família, tal como preconizado pela *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) (2015).

O PA, um eixo estruturante no percurso académico e profissional, que permite não apenas a consolidação de saberes teóricos e práticos (conhecimentos e habilidades), mas também o desenvolvimento de competências essenciais ao exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Assim, a sua elaboração, ajustado aos recursos disponíveis, alinhado com os desafios globais da saúde e com a responsabilidade transformadora da ER, garante uma tomada de decisão fundamentada, favorecendo a qualidade e a eficácia na prestação de cuidados (Lourenço et al., 2022). Desta forma, compete ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos individualizados de cuidados, orientados por uma avaliação das respostas humanas efetivas e potenciais da pessoa/família, perante intervenções que visam maximizar o potencial das capacidades remanescentes e promover a autonomia da pessoa alvo de cuidados. Destarte, tonam-se alcançáveis os objetivos *major* destes planos- prevenir complicações, promover a saúde e a readaptação funcional, em contextos de doença aguda, crónica ou de sequelas (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pestana, 2023).

Neste sentido, por forma a que o EEER surja como agente de mudança, o mesmo deverá pautar a sua prática segundo os domínios previstos nas competências inerentes ao seu exercício profissional. No presente EP, no que respeita às competências inerentes ao grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), ambiciono aprofundar e consolidar conhecimentos que me permitam atuar em cenários complexos e transdisciplinares, bem como reforçar o pensamento crítico, a capacidade de integrar saberes e a comunicação eficaz, promovendo uma aprendizagem contínua e autónoma orientada para a excelência profissional.

Beatriz Antunes Novo- setembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica  
7

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

No que concerne às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), considero fundamental desenvolver a responsabilidade profissional, ética e legal, a gestão de cuidados orientada para a melhoria contínua e o investimento permanente no desenvolvimento profissional. Paralelamente, quanto ao domínio específico do EEER, comprometo-me, conforme previsto no artigo 4.º, alínea a), do Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), a prestar cuidados a “(...) pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida (...)” (p.13566) e em múltiplos contextos de prática. Tal implica promover a readaptação às limitações, maximizar a funcionalidade e capacitar para a reintegração social (Regulamento n.º 395/2025). Estas competências visam garantir cuidados ajustados às reais respostas humanas, fomentar a tomada de decisão autónoma e consolidar uma relação de parceria nos processos de cuidar.

Com este propósito, o estágio em curso decorre num Centro de Reabilitação (CR) de referência na região da Grande Lisboa, durante o período de 8 de setembro a 19 de dezembro de 2025, concretizando um total de quinze semanas (300 horas). O respetivo CR, foi inaugurado no ano de 1966, com a finalidade de integrar as pessoas com limitações motoras na sociedade, através do assegurar das suas respostas humanas. Uma instituição vocacionada para a reabilitação de pessoas e formação de profissionais, tendo como missão a promoção da máxima funcionalidade, o reforço das capacidades individuais e o apoio à adaptação do projeto de vida da pessoa/família (Ministério da Saúde, 2025).

A instituição dispõe de três serviços de internamento: no 3º piso, apresenta um serviço de reabilitação de adultos para pessoas com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE) e amputações; no 2º piso, um serviço de reabilitação pediátrica e do desenvolvimento e, por fim, no 1º piso apresenta outro serviço de reabilitação de adultos, dirigido para lesões vertebro-medulares (LVM), AVC e outras patologias neurológicas. O 1º piso, encontra-se subdividido em dois serviços, o 1º direito e o 1º esquerdo, sendo que o EP decorre no 1º direito. Este serviço dispõe de 32 camas, organizadas por 5 salas (6 camas cada) e um quarto (2 camas). O mesmo serviço integra, ainda, um refeitório e gabinetes de apoio à equipa transdisciplinar (Ministério da Saúde, 2025).

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Durante o internamento, a pessoa é acompanhada por uma equipa transdisciplinar, que em conjunto, definem o programa de reabilitação e reavaliam com frequência as respostas humanas da pessoa alvo de cuidados. O seu programa de reabilitação pode incluir unidades terapêuticas como a Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia e Atividades de Vida Diária (AVD). A equipa de Enfermagem, é constituída por um Enfermeiro-Chefe, Enfermeiros de Cuidados Gerais e EEER, que utilizam o método de trabalho de Enfermeiro Responsável, visando a centralidade na pessoa e família. O EEER assume uma responsabilidade crucial no CR, desde a admissão até à alta, nomeadamente nas áreas da reeducação funcional motora, respiratória, sensitiva e cognitiva. As suas intervenções, nestas áreas, promovem a readaptação funcional em diferentes domínios das AVD, preparando a pessoa e a família para a alta.

Face ao exposto e considerando o contexto apresentado, estabeleço como principais expectativas a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo, favorecendo a transposição do conhecimento teórico para a realidade da prática clínica, no que concerne aos cuidados de ER à pessoa com alterações neurológicas. Bem como, verificar o impacto da intervenção do EEER na capacitação das pessoas com alterações neurológicas e respetivas famílias/cuidadores para a promoção do autocuidado.

O PA estrutura-se em três capítulos: introdução, desenvolvimento e conclusão. O capítulo de desenvolvimento encontra-se subdividido em enquadramento e plano de atividades, descrevendo o processo a implementar no âmbito do EP. A elaboração do trabalho teve por base o novo acordo ortográfico e o guia de trabalhos académicos da Escola Superior de Saúde Atlântica (2022), respeitando igualmente as orientações do guia orientador de EP (2025) e as normas de referência da *American Psychological Association*, 7.<sup>a</sup> edição (Lopes, 2021).

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## **1. DESENVOLVIMENTO**

### **1.1. Enquadramento**

A crescente complexidade das respostas humanas em saúde, associada ao aumento da prevalência das doenças crónicas, constitui um desafio significativo, traduzindo-se numa procura cada vez mais exigente de cuidados especializados em reabilitação (Instituto Nacional de Estatística, 2025). Entre estas condições, o AVC e as LVM assumem particular relevância, quer pela sua elevada incidência e prevalência, quer pelo impacto significativo na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa. O AVC permanece como a segunda principal causa de morte a nível mundial e a terceira principal causa de incapacidade (Feigin et al., 2025). Paralelamente, a LVM representa uma das condições que implica limitações mais graves da funcionalidade, frequentemente de instalação súbita e irreversível, que compromete simultaneamente as funções motoras e sensoriais, afetando não apenas a pessoa, mas também a sua família (António et al., 2024; Centro de Medicina de Reabilitação, s.d.).

É neste contexto que se inscreve o papel estruturante dos CR no Serviço Nacional de Saúde (SNS), enquanto resposta diferenciada face à sobrecarga crescente dos cuidados de saúde e à necessidade emergente de desenvolver soluções fora do contexto hospitalar, que assegurem cuidados contínuos, integrados e orientados para a qualidade de vida da pessoa com limitações. Através de um recente acordo entre o CR, onde decorre o presente EP, e a Administração Central do Sistema de Saúde (2025), existe a possibilidade de articulação entre regimes de internamento e de ambulatório, no que concerne a cuidados de reabilitação, assegurando uma transição fluída entre os diferentes níveis de cuidados (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; RNAO, 2023).

O acesso aos cuidados no CR é efetuado por meio de referenciação de hospitais, unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados e centros de saúde. A primeira etapa consiste numa consulta de Medicina Física e de Reabilitação, onde é definido o plano de intervenção e realizada a referenciação para internamento ou para regime de ambulatório. O CR disponibiliza programas intensivos de reabilitação e diversos laboratórios de meios complementares de diagnóstico (ex. provas de função respiratória, estudos urodinâmicos e laboratório de marcha). Para além disso, o CR integra um Núcleo de Animação Cultural e Recreativa e apresenta respostas inovadoras, como a Telereabilitação e as Unidades Habitacionais de Automização (Ministério da Saúde, 2025).

Beatriz Antunes Novo- setembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica  
10

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

No serviço onde decorre o estágio, a prática de cuidados está fortemente orientada pelos princípios da centralidade da pessoa e da família, em conformidade com as orientações da RNAO (2015). A possibilidade de saída para o domicílio ao fim de semana, mediante validação em reunião transdisciplinar, constitui uma oportunidade privilegiada para reforçar a parceria com a família/cuidador e facilitar a adaptação progressiva à realidade pós-alta. Esta experiência permite ainda evidenciar, de forma prática, a relevância do EEER na preparação para a alta, consolidando competências de ensino e treino nas AVD e assegurando uma transição de cuidados estruturada e contínua, da instituição para o domicílio. Neste processo, reforça-se não apenas a autonomia da pessoa, mas também o suporte essencial à família, elementos centrais para a reintegração social (RNAO, 2015).

O EEER assume aqui uma responsabilidade determinante através das suas intervenções, para que as mesmas sejam planeadas e monitorizadas de forma rigorosa, torna-se indispensável que a prática clínica do EEER se apoie em instrumentos de recolha de dados validados, capazes de orientar a tomada de decisão e de evidenciar os ganhos em saúde. Entre estes destacam-se a Escala *Medical Research Council* (MRC) Modificada (avaliação da força muscular), Escala de *Braden* (avaliação do risco de úlceras de pressão), uma avaliação sistemática do estado da pele através de um questionário, a Escala de Quedas de *Morse* (avaliação do risco de queda) (RNAO, 2017) e a Escala de Medida de Independência Funcional (independência da pessoa nas AVD). Estes instrumentos, complementados pelo Sistema de Classificação, permitem não apenas identificar riscos e avaliar resultados, mas também otimizar a gestão dos recursos humanos e materiais, assegurando equidade, segurança e qualidade nos cuidados prestados.

Desta forma, destacam-se, no contexto do CR, os principais focos de atenção da ER. Estes compreendem não apenas a avaliação e intervenção realizadas pelo EEER, com ênfase nas técnicas específicas de reabilitação implementadas, mas também a análise dos resultados alcançados nesse âmbito (Apêndice I) (Ordem dos Enfermeiros, 2015,2021).

### 1.2. Plano de Atividades

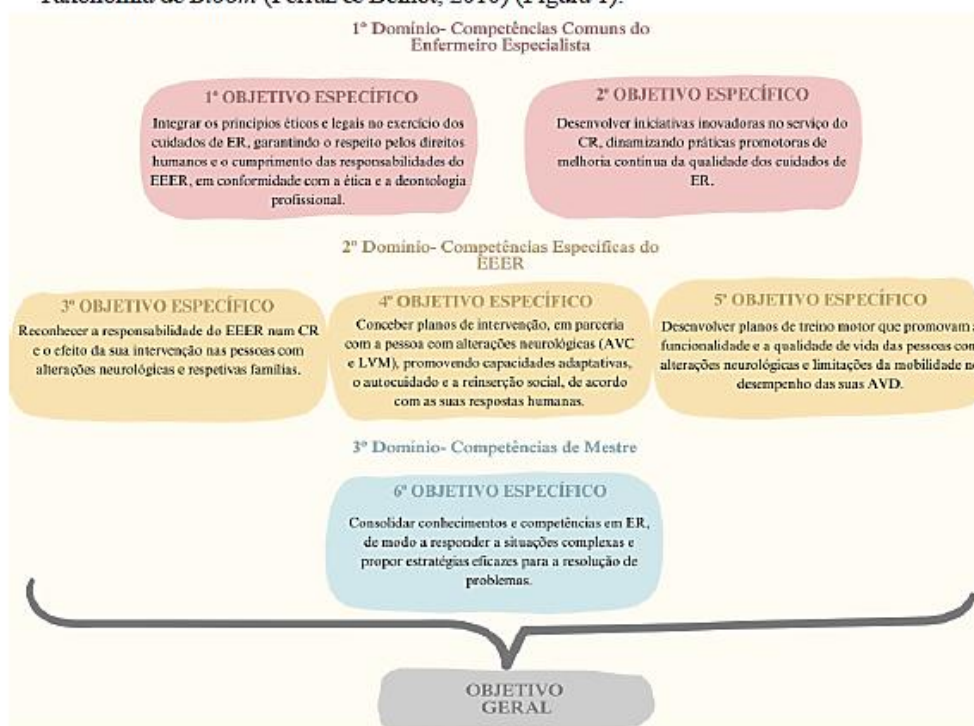
A construção do PA promove e sustenta a articulação entre a teoria e a prática, dimensão considerada indissociável do processo de aprendizagem e, simultaneamente, da responsabilidade inerente ao EEER. Este instrumento permite, assim, tornar visível e mensurável a aquisição progressiva de competências em contexto de estágio. No que concerne ao objetivo geral do presente PA, o mesmo consiste em:

Beatriz Antunes Novo- setembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica  
11

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Desenvolver competências de EEER para um cuidar com as pessoas/famílias que apresentem limitação da atividade, restrição da participação e/ou deficiência, ao longo do ciclo vital, visando maximizar a sua readaptação funcional, reinserção social e qualidade de vida.

Quanto aos objetivos específicos, foram delineados tendo como referência os três principais domínios de competências do EEER e foram estruturados segundo a Taxonomia de Bloom (Ferraz & Belhot, 2010) (Figura 1).



**Figura 1.** Representação esquemática dos objetivos específicos segundo os domínios de competências do EEER.

Toma-se essencial proceder a uma planificação estruturada das atividades do estágio, os recursos necessários, os indicadores de avaliação e as metas a alcançar (Tabela 1). Importa ainda revelar os *Patient-Reported Experience Measures* (PREM) e os *Patient-Reported Outcome Measures* (PROM) (Benson, 2023), associados a cada objetivo (Apêndice II). Neste contexto, a elaboração de um cronograma assume particular relevância, ao articular a duração do estágio com a prossecução gradual dos objetivos, assegurando uma gestão temporal adequada e orientada para a consecução do processo formativo (Apêndice III).

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Tabela 1.** PA a concretizar no decorrer do estágio

<b>1º Domínio: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</b>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a concretizar</b>	<b>Recursos a utilizar</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Metas a alcançar</b>
<p><b>1º Objetivo Específico:</b></p> <p>Integrar os princípios éticos e legais no exercício dos cuidados de ER, garantindo o respeito pelos direitos humanos e o cumprimento das responsabilidades do EEER, em conformidade com a ética e a deontologia profissional.</p>	<p>-Orientar a prática profissional nos princípios éticos e legais, garantindo o respeito pelos valores e crenças das pessoas/famílias;</p> <p>-Assegurar o respeito pela privacidade, autonomia e individualidade da pessoa/família, adotando uma postura profissional baseada na empatia, escuta ativa e valorização da dignidade humana;</p> <p>- Garantir o sigilo profissional, no contexto da prática clínica;</p> <p>-Elaborar o pedido para a comissão de ética e o consentimento informado para a redação do relato de caso clínico.</p>	<p>-Código Deontológico do Enfermeiro;</p> <p>-Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE);</p> <p>-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;</p> <p>-Regulamento das Competências Específicas do EEER;</p> <p>- Guia Orientador do EP.</p>	<p>-Observações da Professora Orientadora do EP, da Enfermeira Supervisora e da restante equipa do serviço;</p> <p>-Processo de autoavaliação crítica;</p> <p>-Momentos de heteroavaliação definidos para o EP;</p> <p>-Apreciação das pessoas e suas famílias, com quem cuidamos, aquando do planeamento e execução das intervenções.</p>	<p>-Demonstrar respeito pela pessoa e família, a cada contacto nos turnos;</p> <p>-Demonstrar conhecimentos éticos e legais para a tomada de decisão, com base na ética e deontologia da disciplina de Enfermagem.</p>

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p><b>2º Objetivo Específico:</b> Desenvolver iniciativas inovadoras no serviço do CR, dinamizando práticas promotoras de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de ER.</p>	<p>-Conhecer e integrar a equipa transdisciplinar do serviço do CR; -Realizar uma ação de formação acerca da deglutição, como foco de ER; -Elaborar um material de leitura (folheto) de educação para a saúde acerca das alterações da deglutição, para as pessoas e famílias/cuidadores; -Partilhar, com a equipa, escalas/testes validados para avaliação da deglutição (ex. Escala de <i>Gugging Swallowing Screen</i>); -Realizar uma ferramenta de apoio para a equipa de Enfermagem para avaliação da deglutição.</p>	<p>-Documentos do CR disponibilizados pela equipa de Enfermagem; -Pesquisa de evidência científica em plataformas como a <i>Google Scholar</i> e bases de dados (ex. Plataforma <i>EBSCO Host</i> e <i>PubMed</i>); -Consultar livros relativos aos cuidados de ER.</p>	<p>-Observações da Professora Orientadora do EP, da Enfermeira Supervisora e da restante equipa, quanto à ferramenta de apoio, folheto e ação de formação; -Processo de autoavaliação crítica; -Momentos de heteroavaliação definidos para o EP; -Apreciação das pessoas e suas famílias, com quem cuidamos, acerca do folheto.</p>	<p>-Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de ER do serviço inserido no CR; -Participação ativa enquanto estudante do MER nas diversas iniciativas do serviço.</p>
<p><b>2º Domínio: Competências Específicas do EEER</b></p>				
<p><b>Objetivos Específicos</b></p>	<p><b>Atividades a concretizar</b></p>	<p><b>Recursos a utilizar</b></p>	<p><b>Indicadores de avaliação</b></p>	<p><b>Metas a alcançar</b></p>

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p><b>3º</b></p> <p><b>Objetivo</b></p> <p><b>Específico:</b></p> <p>Reconhecer a responsabilidade do EEER num CR e o efeito da sua intervenção nas pessoas com alterações neurológicas e respetivas famílias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adquirir conhecimentos acerca da equipa transdisciplinar e a sua dinâmica no CR;</li> <li>-Conhecer as diferentes unidades terapêuticas integradas no CR;</li> <li>-Compreender o processo de referência das pessoas para o serviço do CR;</li> <li>-Elaborar planos de intervenção de ER e respetivos registos complementares;</li> <li>-Realizar registos de admissão da pessoa e família/cuidador ao serviço;</li> <li>-Realizar turnos no Serviço de AVD;</li> <li>-Participar nas reuniões de observação de casos clínicos do serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentos de entidades oficiais do Serviço Nacional de Saúde que abordem a temática de referência para o CR;</li> <li>- Normas e procedimentos internos do serviço, ou mesmo do CR;</li> <li>-Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observações da Professora Orientadora do EP, da Enfermeira Supervisora e da restante equipa do serviço;</li> <li>-Processo de autoavaliação crítica;</li> <li>-Momentos de heteroavaliação definidos para o EP;</li> <li>-Apreciação das pessoas e suas famílias, com quem cuidamos, aquando do planeamento e execução das intervenções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecimento adquirido sobre o funcionamento do CR, com enfoque no serviço em que realizo o EP;</li> <li>-Capacidade para elaborar planos de intervenção e registos de ER para a pessoa e família/cuidadores;</li> <li>-Apreciação positiva ou sugestões de melhoria com base nas intervenções que realizo junto das pessoas/famílias.</li> </ul>
--	--	--	---	---

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p><b>4º Específico:</b> Conceber planos de intervenção, em parceria com a pessoa com alterações neurológicas (AVC e LVM), promovendo capacidades adaptativas, o autocuidado e a reinserção social, de acordo com as suas respostas humanas.</p>	<p><b>Objetivo</b> -Participar de forma ativa a cada contacto, através de uma relação eficaz de parceria com as pessoas e famílias/cuidadores, durante o EP; -Realizar, pelo menos 2 avaliações iniciais, aquando da admissão de pessoas no serviço; -Formular planos de intervenção de ER individualizados com a pessoa/família/cuidadores, ajustados às respostas humanas; -Elaborar registos de ER durante o decorrer do EP; -Elaborar um relato de caso clínico, acerca de uma situação de uma pessoa com alterações neurológicas, que necessite de intervenção do EEER.</p>	<p>Regulamento das Competências Específicas do EEER; -Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER; -Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER; -Ontologia em Enfermagem; -Pesquisa de evidência científica em plataformas (ex. <i>Google Scholar</i>) e bases de dados; -<i>Guidelines</i> Nacionais e Internacionais para as Boas Práticas (ex. Ordem dos Enfermeiros e RNAO).</p>	<p>-Observações da Professora Orientadora do EP, da Enfermeira Supervisora e da restante equipa do serviço; -Processo de autoavaliação crítica; -Momentos de heteroavaliação definidos para o EP; -Apreciação das pessoas e suas famílias, aquando do planeamento e execução das intervenções.</p>	<p>-Capacidade adquirida para elaborar planos de ER, com estratégias adaptativas para cada pessoa (ex. autocuidado: vestuário na pessoa com AVC ou LVM); -Desenvolver o raciocínio clínico, para sustentar a tomada de decisão e permitir a reformulação dos planos, em função das respostas humanas da pessoa/família; -Implementar os planos de intervenção, monitorizando e avaliando os resultados, garantindo ganhos no autocuidado e o alcance dos objetivos definidos com a pessoa.</p>
--	--	--	--	--

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p><b>5º</b></p> <p><b>Objetivo</b></p> <p><b>Específico:</b></p> <p>Desenvolver planos de treino motor que promovam a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas com alterações neurológicas e limitações da mobilidade no desempenho das suas AVD.</p>	<p>-Proceder à avaliação da mobilidade e funcionalidade (ex. força e tónus muscular) da pessoa com alterações neurológicas, com a utilização de instrumentos de recolha de dados validados;</p> <p>-Conceber planos de treino motor individualizados e ajustados às limitações que a pessoa alvo de cuidados apresenta no CR;</p> <p>-Implementar e monitorizar sessões de reabilitação motora orientada para AVD, com progressão gradual, segundo o FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo de exercício, volume e progressão);</p> <p>-Introduzir treino motor, no relato de caso clínico.</p>	<p>-Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER;</p> <p>-Ontologia em Enfermagem;</p> <p>-Instrumentos de Recolha de Dados de ER (ex. Escala MRC Modificada);</p> <p>-Evidência científica de plataformas (ex. <i>Google Scholar</i>) e bases de dados;</p> <p>-Instrumento de prescrição de exercício físico- FITT-VP;</p> <p>-<i>Guidelines</i> Nacionais e Internacionais para a reeducação motora (ex. Ordem dos Enfermeiros).</p>	<p>-Observações da Professora Orientadora do EP, da Enfermeira Supervisora e da restante equipa do serviço;</p> <p>-Processo de autoavaliação crítica;</p> <p>-Momentos de heteroavaliação definidos para o EP;</p> <p>-Avaliação da pessoa sobre a adequação e o impacto do treino motor no seu dia-a-dia;</p> <p>-Comparação de ganhos sensíveis aos cuidados de ER (ex. valores da avaliação inicial e final no relato de caso clínico).</p>	<p>-Implementação de pelo menos dois, planos de treino de motor com enfoque na reeducação motora e avaliação dos resultados obtidos;</p> <p>-Demonstrar capacidade para aplicar princípios do treino de exercício físico (integrar o FITT-VP na prática clínica).</p>
--	--	--	---	---

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

3º Domínio: Competências de Mestre				
Objetivos Específicos	Atividades a concretizar	Recursos a utilizar	Indicadores de avaliação	Metas a alcançar
<p><b>6º Objetivo Específico:</b></p> <p>Consolidar conhecimentos e competências em ER, de modo a responder a situações complexas e propor estratégias eficazes para a resolução de problemas.</p>	<p>-Realizar estudo autónomo semanal, consultando artigos de evidência científica e bibliografia de ER, na área do AVC, LVM e outras patologias neurológicas;</p> <p>-Participar, em pelo menos uma, formação online ou <i>Webinar</i>, na área de ER (abrangendo processos neurológicos, cardiopulmonares, técnicas terapêuticas, entre outros)</p> <p>-Incentivar a reflexão e discussão em equipa do CR, acerca de temáticas recentes ou não tão abordadas no serviço.</p>	<p>-Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ER;</p> <p>-Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER;</p> <p>-Bibliografia da área de ER;</p> <p>-Evidência científica de plataformas (ex. <i>Google Scholar</i>) e bases de dados (ex. Plataforma <i>EBSCO Host</i> e <i>PubMed</i>);</p> <p>-Plataformas de <i>e-learning</i> (ex. Ordem dos Enfermeiros).</p>	<p>-Observações da Professora Orientadora do EP, da Enfermeira Supervisora e da restante equipa do serviço;</p> <p>-Processo de autoavaliação crítica;</p> <p>-Momentos de heteroavaliação definidos para o EP;</p> <p>-Apreciação das intervenções, pelas pessoas e as suas famílias.</p>	<p>-Conhecimento atualizado adquirido acerca de questões complexas em ER;</p> <p>-Capacidade adquirida para aplicar a evidência científica disponível para lidar com questões complexas e resoluções de problemas em ER;</p> <p>-Resultados positivos para a pessoa/família após aplicar conhecimentos adquiridos de ER em contexto de estágio.</p>

## CONCLUSÃO

O PA delineado foi concebido numa perspetiva humanista do cuidar, centrada na pessoa, família e comunidade envolvente. Através da implementação de planos de intervenção orientados para a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a reeducação e a readaptação funcional, procura-se não apenas a otimização das respostas humanas, mas também garantir a satisfação das pessoas/famílias e potenciar a sua autonomia. Todo este processo é sustentado por uma organização rigorosa dos cuidados de ER, garantindo a qualidade, segurança e ganhos em saúde.

Num contexto marcado pela crescente complexidade das condições de saúde, os CR constituem uma resposta estruturante e imprescindível na continuidade de cuidados. Neste âmbito, EEER assume uma responsabilidade central, contribuindo de forma ativa para a promoção da readaptação funcional, a prevenção de complicações e a maximização da independência da pessoa. A intervenção do EEER transcende a prestação direta de cuidados, assumindo-se como facilitadora da adaptação ao processo saúde-doença através da capacitação da pessoa/família, potenciando o autocuidado e promovendo a reintegração nas AVD. Alicerçada numa prática colaborativa e transdisciplinar, que assenta na parceria, na negociação de cuidados e na tomada de decisão partilhada.

Relativamente às dificuldades experienciadas na elaboração do presente PA, as mesmas centram-se no tempo necessário à sua concretização, tendo em conta as horas de contacto efetuadas até ao momento no contexto de estágio. Não obstante, a consecução deste PA constitui não apenas um guia estruturante para a prática em contexto de estágio, mas também um instrumento potenciador da construção de uma identidade profissional crítica, reflexiva e orientada para a excelência dos cuidados de ER, por meio da consolidação de aprendizagens e da aquisição de competências.

Em síntese, o presente PA alicerça-se nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em particular no Objetivo 3 (Saúde de Qualidade), que enfatiza a centralidade da pessoa/família e a humanização dos cuidados de ER, e no Objetivo 4 (Educação de Qualidade), que reafirma o compromisso com a melhoria contínua e a excelência profissional mediante o desenvolvimento de competências (Organização das Nações Unidas, 2016).

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2025). *Acordo de Cooperação entre a Administração Central do Sistema de Saúde I.P. e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/ACORDO\\_CMRA\\_2025-2027\\_doc\\_signed-003.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/ACORDO_CMRA_2025-2027_doc_signed-003.pdf)

António, M., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A. & João, A. (2024). Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 8(1), 1-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35999>

Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care. *BMJ Open Quality*. 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002516>

Centro de Medicina de Reabilitação. (s.d.). *Como viver com uma lesão medular e manter-se saudável*. <http://cmra.pt/manual-lesoes-vertebro-medulares-lvm/>

Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República, Série I (157)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Escola Superior de Saúde Atlântica. (2022). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações*. 1-39.

Escola Superior de Saúde Atlântica. (2025). *Guia orientador de Estágio Profissionalizante: 2º ano-1º semestre*. 1-41.

Feigin, V., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M. & Rautalin, I. (2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*. 20 (2), 132-144. <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>

Ferraz, A. & Belhot, R. (2010). Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gest Prod*. 17 (2), 421-431. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2010000200015>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estatísticas da Saúde – 2023*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/66625391>

Beatriz Antunes Novo- setembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica  
20

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Lopes, C. (dezembro de 2021). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma apa (2020, 7ª edição)*. ISPA-CRL. ISBN: 978-989-8384-63-8

Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M. & Gouveia, M. (16 de setembro de 2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578.  
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Ministério da Saúde. (2025). *Centro de Medicina de Reabilitação*. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Ontologia de Enfermagem: Plataforma Online*.  
<https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Organização das Nações Unidas (2016). *Guia para o Desenvolvimento Sustentável- 17 Objetivos para Transformar o Mundo*. [https://e4k4c4x9.delivery.rocketchdn.me/pt/wp-Content/uploads/sites/9/2019/01/SDG\\_brochure\\_PT-web.pdf](https://e4k4c4x9.delivery.rocketchdn.me/pt/wp-Content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf)

Pestana, H. (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento*. Em *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Sabooks Editora (Ed.). 47-56.

Portugal Angels Nurse Task Force. (janeiro de 2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral*. [https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

Registered Nurses Association of Ontario. (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4ª edição). [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg)

Registered Nurses Association of Ontario. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: Transições nos Cuidados e Serviços- Segunda edição*.  
<https://rnao.ca/media/8549/download?inline>

Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II (85)*.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento nº 395/2025, de 24 de março. *Diário da República, Série II (58)*.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/395-2025-911926192>

Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II (26)*.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**APÊNDICES**

Beatriz Antunes Novo- setembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

i

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica

xxvii

**Apêndice I | Principais Focos de Intervenção para a Enfermagem de Reabilitação no CR**

Focos de atenção para Enfermagem de Reabilitação	Avaliação do EEER	Intervenção do EEER	Resultados Obtidos
<p><b>Movimento Muscular</b></p>	<p>-Avaliar a força muscular, verificando se: mobiliza ativamente os seguimentos, existe controlo/diminuição dos movimentos [no corpo como um todo ou segmento corporal].</p>	<p>-Executar técnicas de exercício muscular e articular (passivo, passivo com dispositivo auxiliar; ativo-assistido e ativo-resistido), no caso de LVM (dos segmentos proximais para segmentos distais) e de AVC (dos segmentos distais para os proximais);</p> <p>-Incentivar a pessoa a realizar exercícios musculares e articulares ativos (ex. automobilizações) e atividades terapêuticas (ex. ponte, rolamento para o lado são e o lado afetado);</p> <p>-Monitorizar força muscular através de Escala (MRC Modificada).</p>	<p>-Movimento muscular diminuído, aumentado ou mantido [no corpo como um todo ou segmento corporal], verificado pelo <i>score</i> obtido na MRC Modificada (de grau 0- sem contração muscular palpável ou visível - a grau 5- força normal).</p> <p>-Diminuição do risco queda, segundo a Escala de Quedas de <i>Morse</i>.</p>
	<p>-Avaliar o <b>conhecimento</b> sobre técnicas de exercício músculo-articular.</p>	<p>-Ensinar sobre técnicas de exercício músculo-articular (ex. exercícios de fortalecimento muscular e de treino de motricidade fina).</p>	<p>-Conhecimento melhorado sobre técnicas de exercício músculo-articular (ex. consegue explicar o exercício a realizar e o seu objetivo).</p>

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	-Avaliar a <b>capacidade</b> para realizar técnicas de exercício músculo-articular.	-Instruir sobre técnicas de exercício músculo-articular (ex. exercícios de fortalecimento muscular); -Treinar técnicas de exercício músculo-articular (ex. exercícios de fortalecimento muscular).	-Capacidade melhorada para executar técnicas de exercício muscular e articular. -Capacidade melhorada para o autocuidado (ex. melhoria no <i>score</i> da Escala da Medida de Independência Funcional, em comparação com a avaliação inicial/sessões anteriores).
<b>Esquecimento Unilateral</b>	-Avaliar que a pessoa consegue identificar os seus membros superiores e inferiores.	-Consciencializar a pessoa sobre a negligência unilateral; -Executar técnica de exercício músculo-articular (passivo/ ativo-assistido) do membro afetado; -Incentivar a execução de exercício muscular e articular do membro afetado; -Estimular a perceção sensorial (ex. dicas visuais/verbais e auditivas; facilitação cruzada; uso da terapia de espelho; massagem terapêutica; exercício de rotação do tronco).	-Esquecimento unilateral melhorado (ex. durante o rolamento para o lado são, a pessoa ajusta o membro superior do lado afetado sem estímulo do EEER).
	-Avaliar o <b>conhecimento</b> da pessoa sobre técnicas de exercício músculo-articular;	-Ensinar sobre técnicas de exercício músculo-articular (ex. automobilizações);	-Conhecimento melhorado relativamente às técnicas de exercício músculo-articular (ex. validar com a pessoa os exercícios a realizados na sessão anterior);

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	-Avaliar a <b>capacidade</b> para executar técnicas de exercício músculo-articular.	-Instruir sobre técnicas de exercícios músculo-articular; -Treinar técnicas de automobilização, no leito, na posição de sentado e na posição ortostática.	-Capacidade melhorada quanto às técnicas de exercício músculo-articular (ex. realiza automobilizações autonomamente, de forma correta).
<b>Espasticidade</b>	-Avaliar a presença de tónus muscular, através da Escala de <i>Ashworth</i> Modificada.	-Monitorizar o tónus muscular através da Escala de <i>Ashworth</i> Modificada; -Aplicar talas (de punho e dedos, de barbas, de esponja e/ou pneumáticas) no membro afetado, se aplicável; -Executar técnica de massagem terapêutica; -Executar técnica de exercícios músculo-articulares passivos e ativos/assistidos no membro afetado, respeitando o limiar da dor e a amplitude articular.	-Presença de padrão espástico (reduzido, moderado ou elevado) ou padrão flácido (Escala de <i>Ashworth</i> Modificada apresenta <i>score</i> de 0- sem aumento do tónus muscular- a 4- membro afetado com rigidez articular na flexão e/ou na extensão).
	-Avaliar o <b>conhecimento</b> sobre técnicas de exercício músculo-articular; -Avaliar o <b>conhecimento</b> sobre técnica de posicionamento (ex. prevenção da espasticidade - posicionamento em padrão anti-espástico).	-Ensinar sobre técnicas de posicionamento em padrão anti-espástico; -Ensinar sobre técnicas de exercício músculo-articular (ex. automobilizações e alongamentos).	-Conhecimento melhorado sobre técnica de posicionamento em padrão anti-espástico.

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	<p>-Avaliar a <b>capacidade</b> para executar técnicas de exercício músculo-articular;</p> <p>-Avaliar a <b>capacidade</b> para realizar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico.</p>	<p>-Instruir sobre técnicas de exercício músculo-articular;</p> <p>-Treinar técnicas de exercício músculo-articular;</p> <p>-Instruir sobre técnicas de posicionamento em padrão anti-espástico;</p> <p>-Treinar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico.</p>	<p>-Capacidade melhorada da pessoa alvo de cuidados para executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico.</p>
	<p>-Avaliar a <b>capacidade</b> do cuidador para posicionar em padrão anti-espástico.</p>	<p>-Instruir o cuidador para posicionar em padrão anti-espástico;</p> <p>-Treinar o cuidador para posicionar em padrão anti-espástico.</p>	<p>-Capacidade melhorada do cuidador para posicionar em padrão anti-espástico.</p>
<p><b>Equilíbrio Corporal</b></p>	<p>-Avaliar equilíbrio corporal sentado e/ou em pé (estático e dinâmico);</p> <p>-Avaliar adoção de posições viciosas e/ou existência de deformidades da coluna;</p> <p>-Avaliar coordenação motora (presença de dismetria dedo/nariz e dismetria calcanhar/ joelho);</p>	<p>-Estimular a manter o equilíbrio corporal (ex. correção da postural na cadeira de rodas);</p> <p>-Executar técnica de treino de equilíbrio (Ex: exercício do avião; apoio unipodal, alternância de carga nos membros superiores e inferiores; <i>Standing Frame</i>; Facilitação cruzada);</p> <p>-Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i>.</p>	<p>-Equilíbrio corporal estático/dinâmico, na posição de sentado ou de pé, não comprometido.</p> <p>-Melhoria do equilíbrio corporal (através da melhoria do <i>score</i> obtido na avaliação da Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i>).</p> <p>-Diminuição do risco queda, segundo a Escala de Quedas de <i>Morse</i>.</p>

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	-Avaliar suporte do próprio peso em diversas posições.		
	-Avaliar o <b>conhecimento</b> sobre técnica de treino de equilíbrio.	-Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal.	-Conhecimento melhorado sobre técnica de equilíbrio corporal.
	-Avaliar a <b>capacidade</b> para executar técnica de treino de equilíbrio.	-Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal; -Treinar técnica de equilíbrio corporal (ex. com recurso ao <i>Standing Frame</i> ).	-Capacidade melhorada para utilizar técnica de equilíbrio corporal. -Capacidade melhorada para o autocuidado (ex. capacidade para se colocar na posição de pé aquando de uma transferência).
<b>Transferir-se</b>	-Avaliar técnica executada no transferir-se. -Avaliar <b>conhecimento</b> sobre técnica de adaptação para transferir-se; sobre utilização de dispositivos auxiliares.	-Explicar a técnica de transferência (ex. para o leito ou cadeira de rodas, no caso de pessoas com AVC, optar por transferir pelo lado não afetado); -Ensinar a utilização de dispositivo auxiliar para transferências (ex. tábua de transferência, no caso de pessoas com LVM); -Identificar barreiras arquitetónicas no domicílio da pessoa/família; -Referir à pessoa/família a importância da adaptação do domicílio para a realização das suas transferências, aquando da alta.	-Conhecimento melhorado acerca de técnica de transferência, uso de dispositivos auxiliares e adaptação do domicílio para a execução das transferências. -Diminuição do risco queda, segundo a Escala de Quedas de <i>Morse</i> .

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

	-Avaliar a <b>capacidade</b> para usar técnica de adaptação e dispositivo auxiliar para transferir-se	-Instruir sobre técnica de adaptação e utilização de dispositivo auxiliar para transferir-se; -Treinar técnica de adaptação e utilização de dispositivo auxiliar para transferir-se.	-Capacidade melhorada para executar técnica de adaptação e utilizar de dispositivo auxiliar para transferir-se -Capacidade melhorada para o autocuidado (ex. melhoria no score da Escala da Medida de Independência Funcional, em comparação com a avaliação inicial/sessões anteriores).
	-Avaliar o <b>conhecimento</b> do cuidador sobre a adaptação do domicílio e utilização de dispositivo auxiliar para transferir-se.	-Ensinar o cuidador sobre a adaptação do domicílio e utilização de dispositivo auxiliar para transferir-se.	-Conhecimento melhorado acerca da adaptação do domicílio e utilização de dispositivo auxiliar para transferir-se.
<b>Autocontrolo: Continência Urinária</b>	-Avaliar o autocontrolo: continência urinária da pessoa com alterações neurológicas (ex. através do controlo de esfíncter urinário).	-Supervisionar o autocontrolo: da continência urinária (ex. questionar a pessoa com LVM acerca do seu treino vesical); -Executar exercícios que promovam o autocontrolo: continência urinária (ex. no caso de bexiga neurogénica autónoma- Manobra de Valsalva, Método de Credé; de bexiga neurogénica reflexa- aferenciações) -Incentivar ao planeamento da eliminação urinária antes do período de sono; -Proceder ao reforço positivo;	-Aquisição do autocontrolo da continência urinária (ex. sensação de plenitude vesical, <i>status</i> do diagnóstico de EEER, passar de ineficaz para eficaz).

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

		-Incentivar à ingestão hídrica; -Monitorizar eliminação urinária.	
-Avaliar o <b>conhecimento</b> sobre autocontrolo: continência urinária -Avaliar o conhecimento sobre técnica de autocateterização da bexiga.	-Ensinar sobre exercícios da musculatura pélvica; -Ensinar acerca da técnica de estimulação urinária; -Ensinar sobre técnica de autocateterização da bexiga; - Ensinar sobre técnica de treino vesical.	-Conhecimento melhorado para o autocontrolo: continência urinária e/ou sobre técnica de autocateterização da bexiga.	
-Avaliar a <b>capacidade</b> sobre autocontrolo: continência urinária; -Avaliar a capacidade sobre técnica de autocateterização da bexiga;	-Instruir sobre autocontrolo: continência urinária; -Treinar o uso do autocontrolo: continência urinária (ex. treino vesical com a utilização de urinol); -Instruir sobre técnica de autocateterização da bexiga; -Treinar o uso da técnica de autocateterização da bexiga.	-Capacidade melhorada para autocontrolo: continência urinária melhorada e/ou para executar técnica de autocateterização da bexiga. -Capacidade melhorada para o autocuidado (ex. melhoria no score da Escala da Medida de Independência Funcional, em comparação com a avaliação inicial/sessões anteriores).	
-Avaliar o <b>conhecimento</b> do cuidador sobre dispositivo auxiliar para o autocontrolo: continência urinária (ex. dispositivo urinário externo).	-Ensinar o cuidador sobre o uso de dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência urinária.	-Conhecimento melhorado do cuidador sobre dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência urinária.	

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<b>Autocontrolo: Continência Intestinal</b>	-Avaliar autocontrolo: continência intestinal (ex. treino intestinal: através do controlo de esfíncter anal, padrão intestinal e utilização de terapêutica);	-Incentivar o autocontrolo: continência intestinal; -Planear eliminação intestinal; -Executar técnicas de treino intestinal (ex. massagem abdominal); -Proceder ao reforço positivo.	-Aquisição do autocontrolo da continência intestinal (ex. sensação de plenitude vesical, <i>status</i> do diagnóstico de EEER, passar de ineficaz para eficaz).
	-Avaliar o <b>conhecimento</b> sobre autocontrolo: continência intestinal.	-Ensinar sobre autocontrolo continência intestinal e sobre técnica de treino intestinal; -Ensinar sobre exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.	- Conhecimento melhorado sobre autocontrolo: continência intestinal.
	-Avaliar a <b>capacidade</b> sobre autocontrolo: continência intestinal.	-Instruir sobre autocontrolo continência intestinal; -Treinar autocontrolo continência intestinal; -Instruir sobre exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; -Treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; -Instruir sobre técnica de treino intestinal; -Treinar técnica de treino intestinal.	- Capacidade melhorada sobre autocontrolo: continência intestinal. -Capacidade melhorada para o autocuidado (ex. melhoria no score da Escala da Medida de Independência Funcional, em comparação com a avaliação inicial/sessões anteriores).
	- Avaliar <b>conhecimento</b> do cuidador sobre dispositivo auxiliar para o autocontrolo: continência intestinal.	-Ensinar cuidador sobre o uso de dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência intestinal.	-Conhecimento melhorado, do cuidador, sobre dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência intestinal.

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## Apêndice II | PROMs e PREMs Associados aos Objetivos Específicos

- **1º Objetivo Específico:**
  - **PREM** → Experiência de cuidado (dimensões: confiança na equipa, satisfação com respeito pela privacidade, dignidade e confidencialidade).
- **2º Objetivo Específico:**
  - **PREM** → Experiência de cuidado (serviço integrado, satisfação da pessoa/família com resultados).
  - **PROM** → Impacto do cuidado (ex.: adesão ao tratamento, autoconfiança, literacia em saúde -folheto).
- **3º Objetivo Específico:**
  - **PROM** → Como a pessoa/família vive e se sente (impacto nas AVD, segurança, bem-estar, confiança no autocuidado).
  - **PREM** → Experiência da família com os cuidados (parceria de cuidados).
- **4º Objetivo Específico:**
  - **PROM** → Resultados em autocuidado (vestir-se, higiene, alimentação), equilíbrio corporal, reinserção social e independência.
  - **PREM** → Experiência de partilha de decisões e envolvimento no planeamento de cuidados- cuidados centrados na pessoa/família.
- **5º Objetivo Específico:**
  - **PROM** → Resultados físicos e funcionais: mobilidade, equilíbrio, redução de espasticidade, capacidade de transferir-se e qualidade de vida.
  - **PREM** → Satisfação com treino/exercícios, confiança no processo, clareza das explicações dadas.
- **6º Objetivo Específico:**
  - **PROM** → Indiretamente reflete o impacto nos ganhos da pessoa alvo de cuidados aquando da intervenção (ex.: maior segurança, *empowerment*, autocuidado, literacia em saúde).
  - **PREM** → Através da avaliação das intervenções realizada pelas pessoas alvo de cuidados e famílias (ex. conhecimento aprofundado, traduz-se em confiança e satisfação).

Plano de Atividades para Estágio - 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice III | Cronograma dos Objetivos delineados para o EP**

Objetivos	Setembro			Outubro				Novembro				Dezembro			
	08-14	15-21	22-28	29-05	06-12	13-19	20-26	27-02	03-09	10-16	17-23	24-30	01-07	08-14	15-19
	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana	7ª Semana	8ª Semana	9ª Semana	10ª Semana	11ª Semana	12ª Semana	13ª Semana	14ª Semana	15ª Semana
<b>Objetivo Geral</b>															
<b>1º Objetivo Específico</b>															
<b>2º Objetivo Específico</b>															
<b>3º Objetivo Específico</b>															
<b>4º Objetivo Específico</b>															
<b>5º Objetivo Específico</b>															
<b>6º Objetivo Específico</b>															

**Legenda:** Semanas previstas para o desenvolvimento dos objetivos delineados



**Apêndice II |**

Relato de Caso Clínico- Contexto de Estágio de Reabilitação na Comunidade



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2024/2025**

**1º Ano- 2º Semestre**

**Unidade Curricular:** Estágio de Reabilitação na Comunidade

**Relato de Caso Clínico**

Enfermagem de Reabilitação: Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas com  
Insuficiência Cardíaca na Comunidade- Relato de Caso

**Elaborado por**

Beatriz Antunes Novo (nº estudante- [REDACTED])

**Docente Orientadora**

Sandy Severino

**Enfermeira Supervisora**

[REDACTED]

Barcarena,

junho 2025



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2024/2025**

**1º Ano- 2º Semestre**

**Unidade Curricular:** Estágio de Reabilitação na Comunidade

**Relato de Caso Clínico**

Enfermagem de Reabilitação: Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas com  
Insuficiência Cardíaca na Comunidade- Relato de Caso

**Elaborado por**

Beatriz Antunes Novo (nº estudante- [REDACTED])

**Docente Orientadora**

Sandy Severino

**Enfermeira Supervisora**

[REDACTED]

Barcarena,

junho 2025

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relato de caso clínico.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APA- *American Psychological Association*

AVD- Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA -Escola Superior de Saúde Atlântica

FC- Frequência Cardíaca

FEPF- Fraturas da extremidade proximal do fémur

*FES-I- Falls Efficacy Scale- International*

IC- Insuficiência cardíaca

ICC- Insuficiência Cardíaca Crónica

ILC- *International Learning Collaborative*

MIF- Medida de Independência Funcional

MMSE- *Mini Mental State Examination*

MRC- *Medical Research Council*

PE- Processo de Enfermagem

RCC- Relato de caso clínico

RNAO- *Registered Nurses Association of Ontario*

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TMA-Enf RCV - Teoria de Médio Alcance em Enfermagem para Reabilitação Cardiovascular

VD- Visita Domiciliária

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional, associado à insuficiência cardíaca, potencia o risco de quedas e afeta a funcionalidade e autonomia das pessoas. Sendo o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação um agente facilitador para a mudança, com base em cuidados fundamentais, centrados na pessoa e adaptados à sua condição.

**Objetivo:** Descrever as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas junto das pessoas idosas com insuficiência cardíaca e dos seus prestadores de cuidados residentes na comunidade.

**Metodologia:** Análise descritiva de uma situação complexa, fundamentada em literatura científica e sustentada nas diretrizes da *Checklist CARE*.

**Resultados:** Verificaram-se melhorias no equilíbrio corporal, na tolerância à atividade e no medo de cair. Embora se verifique a presença de resultados a atingir no âmbito dos conhecimentos e capacidades.

**Discussão:** O plano de cuidados centrado na pessoa/família foi adaptado às suas respostas humanas e preferências, promovendo o *empowerment* e a readaptação funcional. A inclusão de estratégias de reabilitação cardíaca, por meio de uma abordagem individualizada, face às comorbilidades demonstrou a importância dos cuidados fundamentais da enfermagem de reabilitação.

**Conclusão:** A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na comunidade evidencia a sua responsabilidade na promoção da autonomia e independência desta população.

**Descritores:** Enfermagem de Reabilitação; Envelhecimento em Casa; Acidentes por Quedas; Insuficiência Cardíaca; Relato de Caso.

## ABSTRACT

**Introduction:** Population aging, associated with heart failure, increases the risk of falls and affects people's functionality and autonomy. Nurses specializing in rehabilitation nursing are facilitators of change, based on fundamental, person-centered care adapted to the patient's condition.

**Objective:** To describe the interventions of nurses specializing in rehabilitation nursing in the prevention of falls among elderly people with heart failure and their caregivers living in the community.

**Methodology:** Descriptive analysis of a complex situation, based on scientific literature and supported by the CARE Checklist guidelines.

**Results:** Improvements were observed in body balance, activity tolerance, and fear of falling. However, there are still results to be achieved in terms of knowledge and skills.

**Discussion:** The person/family-centered care plan was adapted to their human responses and preferences, promoting empowerment and functional rehabilitation. The inclusion of cardiac rehabilitation strategies, through an individualized approach, in the face of comorbidities demonstrated the importance of fundamental rehabilitation nursing care.

**Conclusion:** The intervention of the specialist rehabilitation nurse in the community highlights their responsibility in promoting the autonomy and independence of this population.

**Descriptors:** Rehabilitation Nursing; Aging in Place; Accidental Falls; Heart Failure; Case Report.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. MATERIAIS E MÉTODOS .....	15
1.1. Apresentação do Caso Clínico .....	20
1.2. Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação .....	20
2. RESULTADOS .....	26
3. DISCUSSÃO .....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	31
APÊNDICES .....	38
Apêndice I   Esquema do Referencial Teórico do RCC.....	39
.....	39
Apêndice II   Medida de Independência Funcional .....	40
Apêndice III   Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação para admissão em equipa de cuidados continuados e no projeto de reabilitação .....	41
Apêndice IV   Escala Modificada de <i>Borg</i> .....	43
Apêndice V   Escala Numérica da Dor .....	44
Apêndice VI   Escala <i>Medical Research Council</i> Modificada.....	45
Apêndice VII   Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i> .....	46
Apêndice VIII   Escala de Quedas de <i>Morse</i> .....	47
Apêndice IX   Versão Portuguesa de <i>Falls Efficacy- International Scale</i> 7 itens.....	48
Apêndice X   Análise detalhada dos resultados obtidos.....	49
ANEXOS.....	54
Anexo I   Checklist CARE .....	55
Anexo II   Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação .....	56
.....	56
Anexo III   Pedido à Comissão de Ética da ESSATLA para a participação em investigação .....	58
.....	58

<b>Anexo IV</b>   <i>Mini Mental State Examination</i> .....	60
<b>Anexo V</b>   <i>Timed Up and Go Test</i> .....	61

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. ....	21
<b>Tabela 2.</b> Síntese dos Resultados Obtidos. ....	26

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), foi solicitada a concretização de um relato de caso clínico (RCC). No decorrer do estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade na área da grande Lisboa, perante a necessidade do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e das competências de mestre, surge como essencial a elaboração de um RCC, tendo por base as respostas humanas da pessoa/prestador de cuidados neste contexto. Dado que estas competências se traduzem na capacidade de intervir em contextos clínicos complexos e transdisciplinares, na integração de conhecimentos teóricos e práticos, na resolução de problemas e tomada de decisões informadas. Visando a clareza na comunicação dos raciocínios clínicos e das conclusões obtidas, sustentadas por uma reflexão crítica sobre as implicações éticas e sociais da intervenção do EEER (Decreto-Lei nº65/2018), assegurando uma prática atualizada e baseada na melhor evidência científica disponível (Regulamento n.º 140/2019).

Neste sentido, o presente RCC é intitulado de “Enfermagem de Reabilitação: Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas com Insuficiência Cardíaca na Comunidade”, visto que se centra na análise de um caso clínico de uma pessoa idosa do sexo masculino de 91 anos, que será mencionado como B.R., o mesmo apresenta Insuficiência Cardíaca Crónica (ICC), sendo que o motivo que levou à sua referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), mais concretamente para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) foi a recuperação funcional após uma fratura do colo do fémur no contexto de uma queda. Pelo que impera definir alguns conceitos primordiais para a compreensão posterior do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação delineado.

A insuficiência cardíaca (IC), segundo a sociedade europeia de cardiologia, não é considerada um simples diagnóstico médico, mas sim uma síndrome clínica que é caracterizada por sintomas cardinais (ex. dispneia, edema maleolar e fadiga), que podem ser acompanhados por sinais como ferveres pulmonares e edema periférico. Estes sinais e sintomas surgem dado que existe uma alteração estrutural e/ou funcional do miocárdio que provoca a incapacidade de bombear o sangue eficazmente pelo corpo como um todo, por forma a garantir uma distribuição de oxigénio compatível com as exigências metabólicas dos tecidos em repouso ou em exercício.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Esta alteração condiciona a realização das atividades de vida diária (AVD) decorrente da presença de intolerância à atividade e movimento muscular comprometido (Delgado et al., 2021; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021). A sintomatologia da IC pode ser classificada através da classificação *New York Heart Association*: Classe I (ausência de sintomas, tolera atividade física normal); Classe II (confortável em repouso; atividade física normal provoca sintomas); Classe III (confortável em repouso, atividade física inferior ao normal provoca sintomas) e Classe IV (pode haver sintomas em repouso; sintomas com qualquer atividade física) (Masoudi et al., 2004).

A IC constitui a terceira causa de hospitalização no país (Aïdoud et al., 2023), dado que atinge 1-3% da população adulta na Europa, e a sua prevalência sobe exponencialmente com a idade (Baptista et al., 2023; Fonseca et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2020). Em Portugal, apesar da prevalência real ser desconhecida pela heterogeneidade dos critérios utilizados nos estudos, estima-se que mais de 400 mil pessoas sofram desta síndrome, apresentando uma prevalência de 16,14% em pessoas com mais de 80 anos. Relativamente ao futuro, perspectiva-se que existirão cerca de meio milhão de casos em 2060, em que as pessoas se encontrarão em fases avançadas da patologia (classes III e IV), o que implicará maior complexidade na gestão clínica e maior sobrecarga para o sistema de saúde (Fonseca et al., 2018; Heidenreich et al., 2022; Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2020).

O diagnóstico de ICC exige a presença de sintomas e/ou sinais sugestivos, aliados à evidência objetiva de disfunção cardíaca estrutural/funcional. Os sintomas clássicos incluem dispneia, fadiga e edema maleolar, no entanto, isoladamente, estes carecem de especificidade diagnóstica adequada. De acordo com a *American Heart Association*, a prevalência da ICC aumenta com a idade, afetando cerca de 10% das pessoas idosas com mais de 80 anos (Mendes et al., 2024). A probabilidade diagnóstica de ICC é mais elevada em pessoas com história de enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial, doença arterial coronária, entre outros (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021). Estas alterações funcionais e múltiplas comorbilidades, em conjunto com o aumento da fragilidade associado ao envelhecimento, fazem com que as pessoas idosas com IC apresentem um risco significativamente superior de queda. Acresce que a polimedicação comum no tratamento da IC, nomeadamente com diuréticos, betabloqueadores e vasodilatadores, pode desencadear efeitos adversos como tonturas ou hipotensão ortostática, potenciando a ocorrência de quedas. Assim, a IC deve ser considerada um fator intrínseco de

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

risco relevante na avaliação global da pessoa idosa, exigindo uma abordagem especializada por parte do EEER, especialmente na comunidade (Denfeld et al., 2022).

Em Portugal, o envelhecimento demográfico da população é uma realidade cada vez mais evidente, resultante do aumento da esperança média de vida. Esta tendência, que se prevê manter nos próximos 50 anos, acarreta desafios significativos, ao nível económico, social e sobretudo da saúde da população (Alves et al., 2024; Limão & Martins, 2021). Aliado ao atual contexto demográfico, torna-se imperioso aprofundar o conhecimento sobre as problemáticas de saúde que mais afetam a população idosa. Entre estas, as quedas assumem particular relevância, sendo amplamente reconhecidas como a segunda causa de morte por lesões não intencionais (Alves et al., 2024). Sendo as mesmas reconhecidas como um movimento involuntário do corpo para um nível abaixo da sua posição original, sem que a pessoa consiga evitar ou corrigir a tempo, resultante de uma componente multifatorial (Carrasco & Tomas-Carús, 2020). Segundo a *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) (2017), as mesmas encontram-se relacionadas com fatores intrínsecos (relacionados com a própria pessoa- ex. doenças crónicas, polimedicação, história de quedas, sarcopenia) e extrínsecos (relacionados com o meio envolvente- ex. iluminação inadequada e tapetes soltos). De facto, dados nacionais indicam que as quedas representam mais de 70% dos mecanismos de lesão que levam as pessoas idosas a recorrer ao serviço de urgência, sendo a sua frequência e gravidade significativamente maiores nos grupos etários mais avançados, sobretudo a partir dos 85 anos (Alves et al., 2024).

As quedas nas pessoas idosas constituem, por conseguinte, um problema de saúde pública de grande magnitude, com inúmeras repercussões, pelo que se estima que cerca de um terço das pessoas idosas sofrerá uma queda ao longo de um ano. Além disso, para aproximadamente 40% das pessoas idosas com mais de 85 anos, estes episódios podem- se revelar fatais (Alves et al., 2024). A evidência científica é unânime em reconhecer que, embora multifatoriais, as quedas estão fortemente associadas ao processo de envelhecimento e ao consequente declínio funcional, nomeadamente da força muscular, do equilíbrio e da coordenação motora, que contribuem para o aumento da fragilidade e da vulnerabilidade das pessoas idosas (Carrasco & Tomas-Carús, 2020). Decorrente deste facto, as quedas podem desencadear na pessoa idosa consequências como: fraturas, diminuição da independência, isolamento social, depressão, ansiedade, alteração da dinâmica familiar e aumento do medo de cair (Farias et al., 2022). Segundo RNAO (2017), a maioria das quedas são previsíveis e evitáveis, pelo que é necessário promover estratégias de prevenção de quedas através da identificação de fatores de risco de

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

queda e medo de cair, bem como a prevenção de lesões por queda e a diminuição da ocorrência das mesmas.

Perante o facto da fratura do colo do fémur do Sr. B.R ser resultante de uma queda, importa referir que as fraturas da extremidade proximal do fémur (FEPF), constituem igualmente um problema de saúde pública associado ao envelhecimento, dado que as mesmas são na sua maioria resultantes de quedas (Cruz et al., 2021). Na população idosa, existe a prevalência da osteoporose que se encontra frequentemente relacionada com o aumento do risco de fratura após um traumatismo de baixo impacto (ex. queda da própria altura). As FEPF estão associadas a altas taxas de incapacidade funcional, morbilidade e mortalidade, verificando-se que menos de 50% das pessoas idosas retomam as AVD que realizavam antes da fratura, pelo que se associa a um impacto negativo na qualidade de vida (Cruz et al., 2021). As principais dificuldades que as pessoas manifestam perante as FEPF são o aumento da dependência, a imobilidade, a dor, o medo de cair, a dificuldade em andar com meio auxiliar de marcha e o facto do domicílio não se encontrar devidamente adaptado(Cruz et al., 2021).

Neste seguimento, o medo de cair constitui uma preocupação frequente entre a população idosa, traduzindo-se em sentimentos de ansiedade, insegurança e stress que condicionam negativamente a realização das AVD. Este fenómeno, embora associado à ocorrência de quedas, pode surgir mesmo na ausência de historial prévio, sendo potenciado por fatores como a idade avançada, défices sensoriais, antecedentes de quedas, estados de ansiedade e depressão (Keskin et al., 2025). Intimamente relacionado com o aumento do isolamento social, o aumento da fragilidade, da dependência funcional e da diminuição da qualidade de vida (Chandrasekaran et al., 2021; Keskin et al., 2025; Santos & Figueiredo, 2019). A atuação do EEER é fundamental, dado que identifica precocemente este medo enquanto resposta humana, avalia os fatores de risco subjacentes e desenvolve planos de cuidados centrados na pessoa, que integrem intervenções baseadas em estratégias adaptativas e de capacitação da pessoa idosa e família.

As necessidades de reabilitação da população idosa, sobretudo as que apresentam patologias crónicas como a IC, tenderão a intensificar-se nos próximos anos, acompanhando o envelhecimento demográfico e a prevalência crescente de comorbilidades. A IC, enquanto condição crónica debilitante, potencia o declínio funcional progressivo e a limitação das AVD, o que reforça a importância de abordagens preventivas e integradas na prevenção de quedas. Perante o supramencionado, a prevenção de quedas assume-se como uma prioridade estratégica na promoção da qualidade de vida e na redução de complicações evitáveis.

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

13

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Destarte, a intervenção do EEER neste contexto revela-se crucial, uma vez que, no âmbito da prevenção de quedas, compete-lhe garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019). Simultaneamente, deve assegurar cuidados especializados à pessoa idosa com IC residente na comunidade, considerando as respostas humanas que emergem da sua condição, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e promover a capacitação da pessoa e dos seus prestadores de cuidados, facilitando a readaptação às limitações da atividade/ às restrições da participação (Regulamento n.º 392/2019). Esta realidade fundamenta a necessidade de aprofundar a reflexão desta temática, tendo em vista a promoção da segurança, da funcionalidade e da autonomia da pessoa idosa com IC residente na comunidade. Assim, e mediante o suprarreferido, emergiu a seguinte questão norteadora da pesquisa: “Quais as intervenções do EEER na prevenção de quedas das pessoas idosas com IC residentes na comunidade?”.

Perante o exposto, o objetivo geral do presente RCC consiste em: Descrever as intervenções do EEER na prevenção de quedas junto das pessoas idosas com IC e dos seus prestadores de cuidados residentes na comunidade. Tendo como objetivos específicos: Identificar os diagnósticos de enfermagem de reabilitação mais pertinentes no âmbito da prevenção de quedas em pessoas idosas com IC, tendo em conta as suas respostas humanas e os fatores de risco associados; Elaborar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado, com intervenções do EEER, orientadas para a promoção da funcionalidade, da independência e da segurança da pessoa idosa com IC; Avaliar os resultados das intervenções implementadas pelo EEER, no que respeita à prevenção de quedas, ao processo de reabilitação, à recuperação funcional e à promoção da autonomia da pessoa idosa com IC, assim como ao envolvimento e capacitação dos seus prestadores de cuidados.

O respetivo RCC encontra-se organizado em cinco capítulos: a introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e considerações finais. O trabalho foi elaborado de acordo com as normas do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, tendo como referências o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESSATLA (2022), bem como o Guia Orientador de Estágio – Estágio de Reabilitação na Comunidade (2024). Quanto às referências bibliográficas foram redigidas através das normas da *American Psychological Association (APA)* 7ª edição (Lopes, 2021).

## 1. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente RCC consiste num estudo descritivo e será elaborado de acordo com as diretrizes metodológicas propostas na *Checklist CARE 3* do *EQUATOR Network* (Anexo I). Esta metodologia constitui uma abordagem estruturada e sistemática de investigação, especialmente adequada para a análise de situações clínicas atuais e complexas, permitindo explorar, descrever e interpretar em profundidade uma temática específica, podendo ser replicada e reproduzida noutros contextos, com a devida objetividade, clareza e rigor metodológico (Riley et al., 2017).

Este tipo de percurso metodológico, permite contribuir para melhorar o conhecimento na área de enfermagem de reabilitação, com base numa prática baseada na evidência, efetuando a identificação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções e a execução de uma avaliação do plano delineado em conjunto com a pessoa/prestador de cuidados. A recolha de dados foi concretizada por meio de uma entrevista semi-estruturada, exame físico, observação e consulta do processo clínico da pessoa alvo de cuidados. Por forma a garantir o anonimato da pessoa e família, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos, foi requerido *a priori*, um consentimento informado, livre e esclarecido acerca do presente RCC (Anexo II), estando este em consonância com o pedido para a Comissão de Ética da ESSATLA, sendo que os mesmos foram validados através do parecer da respetiva comissão (Anexo III). Perante o suprarreferido, a pessoa alvo de cuidados ao longo do presente RCC será mencionada como Sr. B.R.

O RCC encontra-se fundamentado com base na pesquisa de literatura científica utilizando como descritores as palavras-chave selecionadas, recorrendo à plataforma *Google Scholar* e a bases de dados como a *SciELO* e *Pubmed*, tendo sido elaborada também uma pesquisa recorrendo a literatura cinzenta. Na sequência da pesquisa bibliográfica realizada, importa referir os referenciais teóricos que sustentam a análise e a intervenção desenvolvidas, pelo que a seleção destes enquadramentos concetuais foi orientada pela sua pertinência para a enfermagem de reabilitação, pela sua aplicabilidade no caso e pela sua reconhecida relevância científica, permitindo conferir robustez, coerência e profundidade à compreensão da situação do Sr. B.R.

Atualmente, é amplamente reconhecido que a enfermagem, em especial a enfermagem de reabilitação, necessita de um corpo de conhecimentos próprios e sistematizados que sustentem a sua afirmação como disciplina científica e profissional em constante evolução. Pelo que se torna imperativo ancorar a prática dos EEER em referenciais teóricos sólidos, que não só reforçam a identidade disciplinar da enfermagem, como também promovem a qualidade e a

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

intencionalidade dos cuidados prestados. Neste sentido, para que os EEER possam responder de forma ética, reflexiva e eficaz ao seu mandato social, importa que a sua intervenção seja sustentada por fundamentos teóricos que orientem a prática de forma sistemática, crítica e individualizada. O Processo de Enfermagem (PE) permite ao EEER desenvolver uma prática fundamentada na tomada de decisão clínica, no pensamento crítico e na avaliação contínua dos resultados das intervenções realizadas. Como parte integrante do PE, surgem os referenciais teóricos pelo que serão abordados os contributos dos seguintes referenciais teóricos: *Fundamentals of Care Framework* desenvolvido por *International Learning Collaborative* (ILC) (Kitson, 2018); do *Person-centred Nursing Framework* de McCance e McCormack (McCance & McCormack, 2025) e da Teoria de Médio Alcance em Enfermagem para Reabilitação Cardiovascular (TMA-Enf RCV) (Farias et al., 2021)

O *Fundamentals of Care Framework* estrutura o cuidado em enfermagem, partindo de três dimensões fundamentais que se articulam entre si através da prática clínica que coloca a pessoa alvo de cuidados no centro. As três dimensões são a relação (onde a qualidade da relação terapêutica é considerada o pilar do cuidado, com base na empatia, confiança, comunicação eficaz e respeito, promovendo a compreensão das respostas humanas e das expectativas da pessoa); a integração dos cuidados fundamentais (que engloba o assegurar das respostas humanas a nível físico, psicossocial e relacional da pessoa) e o contexto do cuidado (onde ocorre o reconhecimento da influência de fatores estruturais e organizacionais no exercício do cuidar e na qualidade inerente ao mesmo, como por exemplo recursos, qualidade e segurança). Ao posicionar os cuidados fundamentais como a essência da enfermagem, *Fundamentals of Care Framework* proporciona uma linguagem comum e um guia reflexivo para sustentar práticas integradas, especialmente relevantes na atuação do EEER em contextos comunitários, onde fatores relacionados com própria pessoa alvo de cuidados, fatores relacionais, ambientais e organizacionais, influenciam os resultados da intervenção (Kitson et al., 2013).

O *Person-centred Nursing Framework*, estrutura o cuidado em enfermagem a partir de cinco domínios progressivamente interligados, considerando a pessoa alvo de cuidados como única e um agente ativo no processo de cuidar, processo este que é enfatizado pela construção de uma relação terapêutica baseada em confiança, compreensão mútua e partilha de experiências entre a pessoa, família e enfermeiro (McCance & McCormack, 2025). Os cinco domínios correspondem aos fundamentos do conhecimento em enfermagem (que engloba o metaparadigma de enfermagem e os conceitos principais de enfermagem, pessoa, ambiente e

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

saúde), aos pré-requisitos (que dizem respeito aos conhecimentos, habilidades e atitudes dos enfermeiros que sustentam o processo do cuidar); o ambiente de cuidados (referente ao contexto em que o cuidado ocorre, incluindo fatores que o possam influenciar tais como os sistemas de apoio, as relações profissionais, o ambiente físico e organizacional); os processos de enfermagem centrados na pessoa (que traduzem a operacionalização conjunta de um plano de cuidados com pessoa/família, tendo por base as suas crenças, valores e expectativas) e os *outcomes* (que traduzem os resultados esperados enquanto uma experiência positiva tanto para a pessoa como para o enfermeiro, refletindo os cuidados centrados na pessoa). Este referencial enfatiza a importância das relações terapêuticas baseadas em respeito, autodeterminação e compreensão mútua de todos os agentes envolvidos no processo do cuidar, destacando a necessidade de ambientes que promovam o *empowerment*, como elemento fulcral no processo de readaptação funcional e para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem (McCance & McCormack, 2025).

A TMA-Enf RCV, norteia os cuidados do EEER com foco na pessoa com doença cardiovascular, particularmente relevante em casos de IC. Encontra-se organizada em onze conceitos centrais, de ressaltar: a adaptação (como processo de autonomia que permite uma resposta positiva ao evento ocorrido); o apoio psicossocial; o comportamento de saúde (reações internas e externas de pessoas/famílias/comunidades ao evento, influenciando a adaptação da pessoa alvo de cuidados); o cuidado de enfermagem reabilitador (intervenções do EEER que promovem a adaptação à nova condição); a gestão pessoal do cuidado (gestão do regime terapêutico); o processo educativo (educação para a saúde); a terapia baseada no exercício físico; programa de reabilitação cardiovascular supervisionada (cuidados prestados pela equipa transdisciplinar com foco na reabilitação da pessoa, conforme a evolução do seu estado clínico) e a prevenção secundária (ações preventivas para evitar novos eventos cardiovasculares em pessoas que já têm história pregressa desses mesmos eventos) (Farias et al., 2021; Pinheiro et al., 2022).

Aliado a estes conceitos centrais a TMA-Enf RCV, permite identificar comportamentos e estímulos que favorecem o processo de reabilitação após um evento cardiovascular; facilita a elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, envolve intervenções de EEER a nível físico e psicossocial para que a pessoa mantenha as capacidades remanescentes nas AVD e promove uma gestão partilhada dos cuidados de enfermagem de reabilitação entre a tríade do cuidar (pessoa, família e EEER). Abrange várias áreas de atuação do EEER, como a

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

reabilitação cardíaca, o exercício físico, a reeducação, o apoio psicossocial que são a chave para o sucesso da readaptação funcional da pessoa. Decorrente das proposições referidas, o sucesso da reabilitação cardíaca apenas ocorre quando os cuidados do EEER são sustentados nas mesmas e quando a pessoa alcança a meta da adaptação (Farias et al., 2021; Pinheiro et al., 2022).

Considerando a complexidade inerente aos cuidados prestados pelo EEER, torna-se imperativo estabelecer uma relação integrada entre os referenciais teóricos supracitados. Deste modo, foi elaborado um esquema (Apêndice I) que permite construir a base teórica da temática do presente RCC, de forma hierarquizada e complementar, representada por três círculos concêntricos que se interrelacionam e aprofundam progressivamente. No círculo mais externo, o *Fundamentals of Care Framework* oferece a base ampla e ética do cuidado do EEER, garantindo que os elementos essenciais da relação terapêutica, da prática integrada e do contexto organizacional se encontram presentes, sustentando os cuidados fundamentais que permeiam toda a intervenção, nomeadamente quanto à interpretação das respostas humanas da pessoa com IC e ao assegurar de um ambiente seguro, essencial para a prevenção de quedas na comunidade, onde fatores contextuais, como recursos limitados e variabilidade do ambiente domiciliar, impactam decisivamente nos resultados obtidos.

O círculo intermédio, o *Person-centred Nursing Framework*, aprofunda a dimensão relacional, promovendo uma relação terapêutica que valoriza a individualidade da pessoa, respeita as suas crenças e valores, como mote para uma construção conjunta do plano de cuidados. O que revela a importância do envolvimento da pessoa idosa com IC e da sua família, no sentido de fomentar a sua autonomia e promover a sua readaptação. No círculo central, a TMA-Enf RCV, sendo mais específica, revela intervenções dirigidas à readaptação funcional da pessoa idosa com IC, através de, por exemplo, ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia e planos de exercício físico. Esta sobreposição hierárquica e inter-relacionada dos três referenciais não só promove um cuidado centrado na pessoa, como também assegura uma prática baseada na evidência. Sendo que permite ao EEER estruturar um plano de cuidados integrado, fundamentado, individualizado e orientado para resultados significativos, evidenciando o carácter complexo e multifatorial do cuidar no contexto da comunidade, nomeadamente na prevenção de complicações como as quedas na pessoa idosa com IC.

Destarte, importa dar continuidade às etapas seguintes do PE (a avaliação, o planeamento, a implementação e a reavaliação contínua dos cuidados), pois cabe ao EEER formular

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

diagnósticos de enfermagem que reflitam as respostas humanas à limitação funcional, permitindo delinear intervenções orientadas para a satisfação da pessoa alvo de cuidados, a promoção da sua saúde, o seu bem-estar e autocuidado, com base na reeducação e readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A elaboração de um plano de cuidados centrado na pessoa e nos seus objetivos, torna-se essencial para promover a autonomia e a sua readaptação funcional, sendo crucial a avaliação de forma contínua da eficácia das intervenções delineadas, permitindo os ajustes necessários perante a evolução da pessoa alvo de cuidados. Neste âmbito, os EEER assumem a responsabilidade de maximizar a funcionalidade e, consequentemente, a qualidade de vida da pessoa idosa, potenciando as suas capacidades remanescentes (Regulamento n.º 392/2019).

Por forma a identificar as respostas humanas da pessoa que resultem em limitações na atividade e/ou em alterações da funcionalidade que podem ser alvo de intervenção em conjunto com o EEER, foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados, validados para a população portuguesa: *Mini Mental State Examination* (MMSE); Escala Numérica da Dor; Escala Modificada de *Borg*; Escala de força muscular *Medical Research Council* (MRC) Modificada; Escala de Equilíbrio de *Berg*; Medida de Independência Funcional (MIF); Escala de Queda de *Morse*; o *Timed Up and Go Test* (TUG) e *Falls Efficacy Scale- International* (FES-I) 7 itens (Direção-Geral da Saúde, 2003, 2019; Marques-Vieira et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2020).

A colheita de dados e a avaliação inicial foram concretizadas aquando da primeira visita domiciliária (VD) de EEER, para efeitos de admissão no projeto de reabilitação da Unidade de Cuidados na Comunidade da sua área de residência. Esta mesma admissão foi efetivada após 3 semanas da sua admissão na ECCI, por circunstâncias externas à pessoa/família/equipa. Sendo que durante estas 3 semanas que antecederam a primeira VD de EEER, foi acompanhado pela fisioterapeuta. Esta etapa inicial, teve por base a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (2019), possibilitando a identificação de respostas humanas, a definição de objetivos e a elaboração do plano de intervenção, fundamentado no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e na Ontologia em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021), consolidando e individualizando o plano de cuidados à pessoa alvo de cuidados.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

### **1.1. Apresentação do Caso Clínico**

Sr. B.R de 91 anos, sexo masculino, reformado e casado. Consciente e orientado nas três dimensões (Anexo IV). Reside com a esposa, que é a principal prestadora de cuidados e apresenta o apoio da filha na gestão das consultas e exames. Residem num apartamento no 3º andar sem elevador, que apresenta escadas com corrimão, com condições de salubridade e uma casa de banho com base de duche e cadeira de apoio. O Sr. B.R, previamente independente nas AVD, atualmente dependente em grau moderado (Apêndice II), com assistência do Serviço de Apoio Domiciliário duas vezes por dia, para os cuidados de higiene. Tem como história pregressa: Hipertensão Arterial, Hipotireoidismo, ICC, Doença Renal Crónica, Glaucoma, Fratura do colo de fémur direito, Transtorno obsessivo-compulsivo e apresentou 2 episódios de queda nos últimos 3 meses. Tem como medicação habitual: Levotiroxina 75mcg; Propanolol 10mg; Olmesartan/Hidroclorotiazida 20mg+25mg; Tansulosina 0,4mg; Lorazepam 2,5mg; Brimonidina 0,7mg/0,35ml; Latanoprost 0,05mg/dl; Nitroglicerina (penso transdérmico).

O primeiro episódio de queda da própria altura ocorreu em fevereiro numa estação de comboios, resultando numa fratura do colo do fémur direito. Motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência e permaneceu internado num serviço de ortopedia do hospital da sua área de residência. Posteriormente, foi referenciado para a RNCCI, para integração na ECCI, tendo em vista a reabilitação funcional motora no domicílio, a vigilância da sua situação atual de saúde e o apoio/suporte da prestadora de cuidados.

### **1.2. Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação**

A primeira VD foi realizada, na presença da esposa e filha, tendo sido elaborada uma avaliação inicial completa (Apêndice III), mediante a respetiva e a análise das respostas humanas apresentadas pelo Sr. B.R., foram selecionadas as mais pertinentes face à problemática em estudo. Importa salientar que, no decurso da observação clínica, emergiram outras respostas humanas relevantes que, embora não diretamente relacionadas com o foco central deste RCC, suscitaram intervenções do EEER. Deste modo, identificou-se os seguintes focos de atenção: Intolerância à atividade; Movimento muscular; Equilíbrio corporal e Queda. Com vista à promoção da funcionalidade e à prevenção de quedas no Sr. B.R, o presente plano de cuidados foi delineado pelo EEER, pois o mesmo concebe, implementa e monitoriza intervenções focadas na readaptação funcional, na segurança e no autocuidado da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

20

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica

lx

**Tabela 1.** Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Focos de Atenção	Objetivos	Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Treino de Exercício Físico associado
INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	Desenvolver tolerância às AVD; Promover a readaptação funcional à situação de IC do Sr. B.R.;	Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a intolerância à atividade, através da Escala Modificada de <i>Borg</i> (Apêndice IV);</li> <li>- Gerir a atividade física (com base nos parâmetros de segurança: frequência cardíaca e intolerância à atividade através da Escala Modificada de <i>Borg</i> descritos no treino de exercício físico associado; realização de exercícios de aquecimento prévio e coordenar com o Sr. B.R. e com a equipa transdisciplinar (ex. fisioterapeuta));</li> <li>- Negociar e planear atividade física (ex. atividades mais exigentes como o banho, subir e descer as escadas ser em alturas de maior energia, planear VD em conjunto com o Sr. B.R/prestadora de cuidados);</li> <li>- Planear repouso (sempre que o Sr.B.R necessitar de parar a atividade que está a fazer, deverá sentar-se ou encostar-se a uma parede no sentido de recuperar a energia);</li> <li>- Supervisionar resposta ao exercício durante as VD (avaliar sinais vitais e a intolerância à atividade, segundo a Escala Modificada de <i>Borg</i>).</li> </ul>	<p><b><u>Frequência</u></b> Diária</p> <p><b><u>Intensidade</u></b> Frequência cardíaca (FC) (FC &gt; 30 bpm face à FC em repouso); Escala Modificada de <i>Borg</i> que não ultrapasse o intervalo de 4-10.</p> <p><b><u>Tempo/duração</u></b> 3- 5 minutos entre cada exercício</p> <p><b><u>Tipo de exercício</u></b> <u>Aeróbio</u> (treino de marcha, subir e descer</p>
	Melhorar a qualidade de vida.	Potencial para <u>melhorar o conhecimento</u> sobre técnica de conservação de energia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento do Sr. B.R. sobre técnica de conservação de energia (ex. consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática) e hábitos de exercício físico implementados durante as VD, através de questionário presente na Classificação dos Resultados de Enfermagem (Moorhead et al.,2016);</li> <li>-Ensinar sobre técnica de conservação de energia e hábitos de exercício implementados</li> </ul>	

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

		<p>Potencial para <u>melhorar o conhecimento</u> sobre hábitos de exercício</p> <p>Potencial para <u>melhorar a capacidade</u> para usar técnica de conservação de energia</p>	<p>(ex. exercícios de técnicas respiratórias acima mencionadas; realizar as pausas necessárias entre exercícios).</p> <p>- Avaliar a capacidade do Sr.B.R para utilizar técnica de conservação de energia, sempre que apresentar intolerância à atividade, através de questionário da plataforma <i>SClinico®</i> (ex. se demonstra capacidade para executar exercícios de técnicas respiratórias);</p> <p>- Instruir e treinar técnica de conservação de energia (ex. demonstrar e validar a execução de exercícios de técnicas respiratórias acima mencionados);</p> <p>- Supervisionar o Sr. B.R, durante as VD, a técnica de conservação de energia.</p>	<p>escadas) e <u>Flexibilidade</u> (alongamentos estáticos e dinâmicos)</p>
<b>MOVIMENTO MUSCULAR</b>	<p>Determinar a evolução da força muscular;</p> <p>Melhorar a capacidade funcional do Sr. B.R.</p>	<p>Movimento muscular diminuído [Perna lado direito]</p>	<p>- Monitorizar a dor, através da Escala Numérica da Dor (Apêndice V);</p> <p>- Monitorizar a força muscular através da MRC Modificada (Apêndice VI);</p> <p>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo- assistido/ ativo/ ativo – resistido (através de faixa elástica, pesos de 1kg) da perna direita, nomeadamente a flexão/extensão/adução/abdução/rotação interna e externa da articulação coxofemoral; flexão/extensão do joelho e da articulação tibiotársica;</p> <p>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo e ativo-resistido (através de faixa elástica, pesos de 1kg) dos braços bilateral (ex. exercícios com bastão, levantar garrafas de água pequenas) e perna esquerda (ex. sentado e levantar a perna até altura da cintura e efetuar a flexão/extensão do joelho);</p> <p>- Incentivar o Sr. B.R a executar, durante e entre as VD, os exercícios musculares e articulares ativos e ativo-resistidos dos braços e pernas, exercícios de fortalecimento</p>	<p><b><u>Frequência</u></b> 1-2x/semana</p> <p><b><u>Intensidade</u></b> FC &gt; 30 bpm face à FC em repouso; Escala Modificada de <i>Borg</i> que não ultrapasse o intervalo de 4-10.</p> <p><b><u>Tempo/duração</u></b> 15 – 20 minutos</p> <p><b><u>Tipo de exercício</u></b></p>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

		<p>muscular isométricos (com a utilização de faixa elástica, pesos de 1kg) e exercícios de se colocar em pontas dos pés;</p> <p>- Supervisionar o Sr. B.R. a executar a técnica de exercício muscular e articular durante as VD;</p> <p>- Avaliar a progressão através da tolerância do Sr. B.R em relação ao aumento do número de repetições.</p>	<p><u>Força</u> (exercícios de fortalecimento muscular)</p> <p><u>Flexibilidade</u> (alongamentos estáticos e dinâmicos)</p>
	<p>Potencial para <u>melhorar o conhecimento</u> sobre técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>- Avaliar o conhecimento do Sr. B.R sobre as técnicas implementadas de exercício muscular e articular, através de questionário presente na Classificação dos Resultados de Enfermagem (Moorhead et al.,2016);</p> <p>- Ensinar o Sr. B.R e a prestadora de cuidados sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p>	
	<p>Potencial para <u>melhorar a capacidade</u> para executar técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>- Avaliar a capacidade do Sr. B.R para executar as respetivas técnicas de exercício muscular e articular, através de questionário da plataforma <i>SClinico</i>® (ex. se demonstra capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular);</p> <p>- Instruir e treinar sobre técnicas de exercícios muscular e articular (mobilizações ativas, ativo-resistidas; exercícios de fortalecimento muscular mencionadas; exercícios de agachamento perto de uma parede com bola nas costas).</p>	

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<b>EQUILÍBRIO CORPORAL</b>	Determinar a evolução do equilíbrio estático e dinâmico ortostático; Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico ortostático; Prevenir a ocorrência de quedas; Promover adesão do Sr. B.R ao treino de equilíbrio corporal.	Equilíbrio corporal comprometido	-Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i> (Apêndice VII); - Avaliar equilíbrio corporal (através de questionário presente na plataforma <i>Sclínico</i> ®: validar se demonstra ou não demonstra equilíbrio corporal: estático/ dinâmico sentado e estático/ dinâmico ortostático); - Estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural quer sentado, quer na posição ortostática); - Executar e orientar técnica de treino de equilíbrio (ex. alternância de carga nos braços e pernas; contorno de obstáculos (ex. andar em 8), exercícios de coordenação de movimentos através da inclinação anterior/lateral/posterior do tronco; andar em linha imaginária com pé em frente ao outro; apanhar coisas a um nível acima da cabeça e ao nível do chão); - Gerir medidas de segurança, pedindo para o Sr. B.R. se apoiar ou utilizar a sua bengala como dispositivo para prevenir as quedas.	<p><b>Frequência</b> 1-2x/semana</p> <p><b>Intensidade</b> FC &gt; 30 bpm face à FC em repouso; Escala Modificada de <i>Borg</i> que não ultrapasse o intervalo de 4-10.</p> <p><b>Tempo/duração</b> 15 – 20 minutos</p> <p><b>Tipo de exercício</b> <u>Aeróbio</u> (treino de marcha, subir e descer escadas) e <u>Flexibilidade</u> (alongamentos estáticos e dinâmicos)</p>
		Potencial para <u>melhorar o conhecimento</u> sobre técnica de equilíbrio corporal	- Avaliar o conhecimento do Sr. B.R sobre técnica de equilíbrio corporal, através de questionário presente na Classificação dos Resultados de Enfermagem (Moorhead et al.,2016); - Ensinar o Sr. B.R e a prestadora de cuidados sobre técnica de equilíbrio corporal (através dos exercícios suprarreferidos).	
		Potencial para <u>melhorar a capacidade</u> para usar técnica de	- Avaliar a capacidade do Sr.B.R para executar as técnicas de equilíbrio corporal implementadas, através de questionário da plataforma <i>Sclínico</i> ® (ex. se demonstra capacidade para realizar as técnicas de equilíbrio corporal);	

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

		equilíbrio corporal	- Instruir e treinar sobre técnica de equilíbrio corporal (correção postural, equilíbrio estático e dinâmico sentado, equilíbrio estático e dinâmico ortostático).	
<b>QUEDA</b>	Prevenir a ocorrência de quedas. Melhorar o conhecimento do Sr. B.R. e da prestadora de cuidados sobre a prevenção de queda	Alto Risco de Queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar o risco de queda, através da Escala de Queda de <i>Morse</i> (Apêndice VIII);</li> <li>- Avaliar o medo (monitorizar através da escala de percepção do medo de cair através da <i>FES-I 7</i> itens (Apêndice IX);</li> <li>- Avaliar a mobilidade, o equilíbrio e a fragilidade, predizendo o risco de queda, através do <i>TUG</i> (Anexo V);</li> <li>- Assistir o Sr. B.R no andar com meio auxiliar de marcha (bengala);</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar o Sr.B.R. a andar com meio auxiliar de marcha;</li> <li>- Otimizar ambiente físico (avaliar a necessidade de adaptação do domicílio e manter as precauções básicas- ex. manter cama baixa, iluminação, tapetes fixos e chão sem objetos espalhados);</li> <li>- Gerir ambiente (realizar adaptação do domicílio- ex. evitar barreiras arquitetónicas e aquisição de produtos de apoio- se aplicável);</li> <li>- Instruir, treinar e incentivar o Sr. B. R para a realização de exercícios para a prevenção do medo de cair (ex. subir e descer escadas; treino de marcha com bengala; apanhar objetos um nível acima da cabeça/no nível do chão; andar em 8).</li> </ul>	<p><b><u>Frequência</u></b> 1-2x/semana</p> <p><b><u>Intensidade</u></b> FC &gt; 30 bpm face à FC em repouso; Escala Modificada de <i>Borg</i> que não ultrapasse o intervalo de 4-10.</p> <p><b><u>Tempo/duração</u></b> 15 – 20 minutos</p> <p><b><u>Tipo de exercício</u></b> <u>Aeróbio</u> (treino de marcha, subir e descer escadas)</p> <p><b><u>Força</u></b> (exercícios de fortalecimento muscular)</p>
		Potencial para <u>melhorar o conhecimento</u> sobre prevenção de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento do Sr.B.R e da prestadora de cuidados sobre a prevenção de quedas, através de questionário presente na Classificação dos Resultados de Enfermagem (Moorhead et al.,2016);</li> <li>- Assistir a identificar as condições de risco de queda;</li> <li>- Ensinar e instruir o Sr. B.R e a prestadora de cuidados sobre a prevenção de quedas (ex. importância de vestuário e calçado apropriado) e sobre estratégias para combater o medo de cair (ex. realização de exercício físico, ir ao café, incentivar comunicação de emoções).</li> </ul>	

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

## 2. RESULTADOS

A implementação do plano de cuidados teve como objetivo major o alcançar de ganhos em saúde mensuráveis nos diagnósticos de enfermagem previamente identificados, através das intervenções implementadas e delineadas em conjunto com o Sr.B.R, tendo o mesmo como principal expectativa conseguir ir ao café com o apoio da sua esposa todos os dias. As VD decorreram com uma frequência entre 1 a 2 vezes por semana, com duração média entre 45/60 minutos por sessão. A apresentação dos progressos é organizada em função dos principais focos de atenção evidenciados, mediante a resposta do Sr. B.R às estratégias de intervenção, através da metodologia FITT-VP (frequência, intensidade, tempo, tipo de exercício, volume e progressão) e o impacto das mesmas na sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Desta forma, a síntese dos resultados foi desenvolvida com base em três momentos distintos de avaliação: a avaliação inicial (D0); a avaliação intermédia (D13) e a avaliação final (D23), tendo sido executado um total de 5 sessões. A análise detalhada dos resultados obtidos encontra-se no Apêndice X.

**Tabela 2.** Síntese dos Resultados Obtidos.

Foco de Atenção Enfermagem de Reabilitação	Avaliação das Intervenções Delineadas		
	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
<b>INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE</b>	<u>Intolerância à atividade presente</u>	<u>Intolerância à atividade ausente</u>	<u>Intolerância à atividade ausente</u>
	<b>Escala Modificada de Borg:</b> 17 pontos a subir e descer as escadas (Apêndice IV).	<b>Escala Modificada de Borg:</b> 9 pontos a subir e descer as escadas e durante o treino de marcha (Apêndice IV).	<b>Escala Modificada de Borg:</b> 8 pontos a subir e descer as escadas e durante o treino de marcha (Apêndice IV).
	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de conservação de energia</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de conservação de energia</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de conservação de energia (Melhorado)</u>
	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício (Melhorado)</u>
	<b>Conhecimento<sup>1</sup>:</b> Classificação: 1	<b>Conhecimento<sup>1</sup>:</b> Classificação: 2	<b>Conhecimento<sup>1</sup>:</b> Classificação: 3

<sup>1</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	<u>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de conservação de energia</u>	<u>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de conservação de energia</u>	<u>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de conservação de energia (Melhorado)</u>
	Para o Sr. B.R. os movimentos corporais são cansativos, não consegue tolerar e terminar as AVD, apresenta cansaço fácil.	Para o Sr. B.R. os movimentos corporais não são cansativos, não consegue tolerar e terminar as AVD, não apresenta cansaço fácil.	Para o Sr. B.R. os movimentos corporais não são cansativos, consegue tolerar e não consegue terminar as AVD, não apresenta cansaço fácil.
<b>MOVIMENTO MUSCULAR</b>	<u>Movimento Muscular Diminuído</u>	<u>Movimento Muscular Diminuído</u>	<u>Movimento Muscular Diminuído</u>
	<b>Avaliação da Dor</b> (Apêndice V): 4- Dor moderada nas costas.	<b>Avaliação da Dor</b> (Apêndice V): 4- Dor moderada nas costas.	<b>Avaliação da Dor</b> (Apêndice V): 1- Dor ligeira nas costas.
	<b>Avaliação da Escala MRC Modificada</b> (Apêndice VI): 4/5 pontos na perna direita.		
	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (Melhorado)</u>
	<b>Conhecimento<sup>2</sup>:</b> Classificação: 1	<b>Conhecimento<sup>2</sup>:</b> Classificação: 2.	
	<u>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</u>	<u>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</u>	<u>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (Mantido)</u>
	O Sr. B.R tem potencial para executar técnicas de exercício muscular e articular. Tem controlo dos movimentos, apenas ligeiramente diminuído na perna direita.		
<b>EQUILÍBRIO CORPORAL</b>	<u>Equilíbrio Corporal Comprometido</u>	<u>Equilíbrio Corporal Comprometido</u>	<u>Equilíbrio Corporal Comprometido (Melhorado)</u>
	<b>Avaliação da Escala de Berg:</b> 16 pontos (Apêndice VII).	<b>Avaliação da Escala de Berg:</b> 21 pontos (Apêndice VII).	<b>Avaliação da Escala de Berg:</b> 30 pontos (Apêndice VII).
	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (Melhorado)</u>

Legenda do conhecimento sobre de técnicas de conservação de energia: 1- Nenhum conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

<sup>2</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016)

Legenda do conhecimento de técnicas de exercício muscular e articular: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	<b>Conhecimento<sup>3</sup>:</b> Classificação: 1	<b>Conhecimento<sup>3</sup>:</b> Classificação: 2	<b>Conhecimento<sup>3</sup>:</b> Classificação: 3
	<u>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</u>	<u>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</u>	<u>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal (Melhorado)</u>
	Apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado, adota posturas viciosas, não apresenta equilíbrio estático e dinâmico em pé.		Apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado, adota posturas viciosas, apresenta equilíbrio estático em pé, mas não apresenta equilíbrio dinâmico em pé.
<b>QUEDA</b>	<u>Alto Risco de Queda</u>	<u>Alto Risco de Queda</u>	<u>Alto Risco de Queda (Mantido)</u>
	<b>Avaliação da Escala de Morse</b> (Apêndice VIII): 75 pontos.	<b>Avaliação da Escala de Morse</b> (Apêndice VIII): 65 pontos.	
	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda</u>	<u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda (Melhorado)</u>
	<b>Conhecimento<sup>4</sup>:</b> Classificação: 1	<b>Conhecimento<sup>4</sup>:</b> Classificação: 2	<b>Conhecimento<sup>4</sup>:</b> Classificação: 3

Relativamente às AVD's verificamos um ligeiro decréscimo do *score* do grau de dependência do Sr. B.R. (Apêndice II), visto que na avaliação inicial apresentou um *score* de 88 pontos, na avaliação intermédia de 99 pontos e na avaliação final de 102 pontos (dependência modificada). De ressaltar que existiram algumas intercorrências que poderão ter influência nos resultados obtidos. A última VD de EEER foi realizada a D23 (avaliação final), decorrente do facto do Sr.B.R ter apresentado uma consulta médica num dos agendamentos para VD e por, durante a última sessão de fisioterapia, ter manifestado períodos de síncope e agravamento do estado geral, motivo que o levou ao serviço de urgência. Desta forma e mediante a situação clínica atual do S.R., existiu a necessidade de proceder à cessação prematura do processo de reabilitação.

<sup>3</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016)

Legenda do conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal: 1- Nenhum conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

<sup>4</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016)

Legenda do conhecimento sobre prevenção de quedas: 1- Nenhum conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

### 3. DISCUSSÃO

O plano de cuidados delineado em conjunto com o Sr.B.R e a sua prestadora de cuidados, foi readaptado às suas respostas humanas, preferências e valores, abrangendo as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais (White et al., 2025). Pelo que esta abordagem visou o *empowerment* e a satisfação dos mesmos durante o acompanhamento (RNAO,2015). O que se encontra intimamente ligado com os referenciais teóricos do presente RCC, dado que foi dado enfoque aos cuidados centrados na pessoa com base numa relação terapêutica eficaz, promovendo a adaptação do Sr.B.R.às suas limitações funcionais (Farias et al., 2021; Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025).

Perante os resultados obtidos, apesar se manter o alto risco de queda ao longo das sessões, registaram-se melhorias significativas ao nível do equilíbrio corporal, da tolerância à atividade e do medo de cair, o que se refletiu numa menor dependência nas AVD. Esta evolução resultou de um plano de cuidados que integrou o fortalecimento muscular, o treino do equilíbrio e a implementação de estratégias adaptativas para as AVD e para o medo de cair, aliados à educação para a saúde e de capacitação do Sr.B.R e família, no sentido da prevenção de quedas (Marques-Vieira et al., 2021). O alto risco de queda manteve-se, dado que também, a IC está intrinsecamente associada a um aumento do risco de quedas, sobretudo em pessoas idosas, no caso do Sr.B.R. a sua condição evidencia movimento muscular diminuído, equilíbrio corporal comprometido e a intolerância à atividade (Womack, 2020). A inclusão de princípios da fase III da reabilitação cardíaca, permitiu a melhoria da capacidade cardiorrespiratória e funcional, mas também nos fatores do risco de queda modificáveis, ao mitigar a intolerância à atividade e capacitar o SR.B.R para as AVD (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Contudo, a presença de um transtorno obsessivo-compulsivo (comportamentos repetitivos, rigidez cognitiva e ansiedade face às mudanças) e a intercorrência que ocorreu exigiu uma abordagem baseada nos cuidados fundamentais, empatia e individualizada para com o Sr.B.R (Jansen et al., 2022). O que demonstra que os objetivos definidos à partida, nem sempre coincidem com os que são verdadeiramente significativos para a pessoa ou com aqueles que são exequíveis face às limitações impostas pela condição de saúde ou pelo meio envolvente.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do RCC foi fundamental para aprofundar a compreensão sobre a responsabilidade do EEER na promoção da independência e autonomia da pessoa em processo de reabilitação. A reflexão sobre as competências do EEER revelou-se enriquecedora, sobretudo na conceção e implementação de um plano de cuidados, orientado pelas respostas humanas do Sr. B.R e da sua família. Importa, ainda, sublinhar a necessidade do EEER olhar, criticamente, para a prática através da lente dos referenciais teóricos por forma a interpretar as respostas humanas e elaborar o plano de cuidados.

Este RCC destacou, de forma inequívoca, a importância da intervenção do EEER na abordagem à pessoa idosa com IC, com ênfase na área da prevenção de quedas. O conjunto das intervenções concretizadas, revelou-se impactante para o Sr. B.R., tendo verbalizado que, com o apoio da família e da equipa transdisciplinar, alcançou parcialmente o seu principal objetivo: sair de casa para ir ao café, representando um ganho significativo na sua qualidade de vida. Não obstante as limitações impostas pela sua condição clínica, constatou-se que é possível promover a funcionalidade, prevenir complicações e o isolamento social através da readaptação funcional, salientando o domicílio como um local privilegiado de intervenção do EEER.

Contudo, é importante reconhecer as limitações vivenciadas durante a sua concretização: a limitação temporal do estágio impediu o acompanhamento contínuo da evolução da pessoa, comprometendo a possibilidade de uma avaliação mais completa dos resultados obtidos; a in experiência nesta área e o surgimento da intercorrência no estado de saúde do Sr. B.R, que se revelou um desafio acrescido. Além disso, constata-se que a atuação do EEER no domínio da IC, quanto ao exercício físico e à prevenção de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade, permanece pouco documentada, pelo que se identifica a necessidade imperiosa de investigação nesta área, com vista ao desenvolvimento sustentado da prática da enfermagem de reabilitação baseada na evidência.

Em suma, o RCC encontra-se ancorado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, mais concretamente no Objetivo 3 – Saúde de Qualidade e no Objetivo 4 – Educação de Qualidade, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados do EEER, alicerçados numa abordagem cada vez mais centrada na pessoa, no envolvimento da família e na inclusão ativa da comunidade (Organização das Nações Unidas, 2016).

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aïdoud, A., Gana, W., Poitau, F., Debaq, C., Leroy, V., Nkodo, J. A., Poupin, P., Angoulvant, D., & Fougère, B. (2023). High Prevalence of Geriatric Conditions Among Older Adults With Cardiovascular Disease. *Journal of the American Heart Association* (Vol. 12, Issue 2). American Heart Association Inc. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026850>

Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., & Dias, C. M. (2024). Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA. *Boletim Epidemiológico Observações*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 13(35), 91–97. [www.insa.pt](http://www.insa.pt)

Baptista, R., Silva Cardoso, J., Canhão, H., Maria Rodrigues, A., Kislaya, I., Franco, F., Bernardo, F., Pimenta, J., Mendes, L., Gonçalves, S., Teresa Timóteo, A., Andrade, A., Moura, B., Fonseca, C., Aguiar, C., Brito, D., Ferreira, J., Filipe Azevedo, L., Peres, M., Gavina, C. (2023). Portuguese Heart Failure Prevalence Observational Study (PORTHOS) rationale and design – A population-based study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 42(12), 985–995. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2023.10.004>

Carrasco, C., & Tomas-Carús, P. (2020). *Programas de intervenção para a prevenção de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade*. ESACA (Ed.). 179–21. Universidade de Évora. [https://www.researchgate.net/publication/339302958\\_Programas\\_de\\_intervencao\\_para\\_a\\_prevencao\\_de\\_quedas\\_em\\_pessoas\\_idosas\\_residentes\\_na\\_comunidade](https://www.researchgate.net/publication/339302958_Programas_de_intervencao_para_a_prevencao_de_quedas_em_pessoas_idosas_residentes_na_comunidade)

Chandrasekaran, S., Hibino, H., Gorniak, S., Layne, C. & Johnston, C. (2021). Fear of Falling: Significant Barrier in Fall Prevention Approaches. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(6), 598–601. <https://doi.org/10.1177/15598276211035360>

Cruz, A., Sá, M., Conceição, V., Baixinho, C., & Sousa, L. (2021). *A Pessoa com Doença Músculo Esquelética*. Em Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda. Sabooks Editora (Ed.).761–785.

Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República, Série I (157)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

31

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica

lxxi

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Delgado, B., Mendes, I., Silva, A., & Costa, A. (2021). *A pessoa com patologia cardiovascular: Da prática baseada na evidência à conceção dos cuidados diferenciados*. Em *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda*. Sabooks Editora (Ed.). 445–475.

Denfeld, Q., Turrise, S., MacLaughlin, E., Chang, P., Clair, W., Lewis, E., Forman, D., & Goodlin, S. (2022). Preventing and Managing Falls in Adults With Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 15 (6). <https://doi.org/10.1161/HCQ.000000000000108>

Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). Circular normativa nº 09/dgcg: *A Dor como 5º Sinal Vital*. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research. (2013). *The CAREGuidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development*. EQUATOR Network. <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

Escola Superior de Saúde Atlântica (2022). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações*. 1-39.

Escola Superior de Saúde Atlântica (2024). *Guia orientador de estágio- estágio de reabilitação na comunidade: 1º ano-2º semestre*. 1-45.

Farias, M., Silva, L., Brandão, M., Guedes, M., Pontes, K., & Lopes, R. (2021). Medium reach theory for nursing in cardiovascular rehabilitation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0718>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Farias, T., Assis, F., Soares, J., Oliveira, P., Antunes, F., Assis, V., Silva, I., Vale, E., & Silva, A. (2022). Estratégias para a prevenção de quedas em idosos em ambiente domiciliar: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(16), 1–8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38572>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Heart failure in numbers: Estimates for the 21st century in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., ... Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 145(18). E895–E1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. (2020). *Consenso estratégico para a insuficiência cardíaca em Portugal*. [https://coracaodeportugal.dn.pt/wp-content/uploads/2020/10/Consensus\\_Digital\\_PT.pdf](https://coracaodeportugal.dn.pt/wp-content/uploads/2020/10/Consensus_Digital_PT.pdf)

International Council of Nurses (2019). *International Classification for Nursing Practice Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Jansen, R., Silva, N., Ferreira, J., Silva, M., Oliveira, L., Oliveira, V., Felício, J., Silva, A., Andrade, L., Silva, L., Passos, Y., Sousa, T., Monteiro, T., Ferreira, L., & Amaro, J. (2022). *Assistência de enfermagem a uma paciente com transtornos afetivo bipolar obsessivo-compulsivo e personalidade anancástica: um relato de experiência*. Em Sociedade, Saúde e Educação: Desafios e Perspectivas Futuras. Epitaya ISBN: 9786587809434

Keskin, S., Sari, E., Canbulat, Ş., & Öztürk, F. (2025). Fear of Falling Avoidance Behavior on Daily Living Activities and Physical Activity in Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Nursing and Health Sciences*, 27(1). <https://doi.org/10.1111/nhs.70060>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107.  
<https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, Ed. [www.health.adelaide.edu.au/nursing](http://www.health.adelaide.edu.au/nursing)

Limão, R. P., & Martins, R. M. L. (1 de dezembro 2021). Efetividade de programas de enfermagem de reabilitação no equilíbrio, marcha e independência funcional em idosos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, Série V (8), 1–10.  
<https://doi.org/10.12707/RV20205>

Lopes, C. (dezembro de 2021). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma apa (2020, 7ª edição)*. ISPA-CRL. ISBN: 978-989-8384-63-8

Lopes, L. P., Nogueira, I. S., Dias, J. R., & Baldissera, V. D. A. (2022). *Processo de cuidado para prevenção de quedas em idosos: teoria de intervenção prática da enfermagem*. Escola Anna Nery, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0254>

Marques- Vieira, C., Sousa, L., Baixinho, C., Reis, M., Pérez-Rivas, F. & Sousa; L. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30: e20190243, 1-12.  
<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

Masoudi, F., Rumsfeld, J., Havranek, E., House, J., Peterson, E., Krumholz, H., Spertus, J. & Consortium, C. (outubro de 2004). Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with hearth failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10 (5), 368-373.  
<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2004.01.009>

McCance, T., & McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing*.  
<https://doi.org/10.1177/17449871241281428>

Mendes, L., Lino, L., Filho, E., Santana, M., Souza, G., Bordignon, T., Amaral, K., Freire, P., Carvalho, J., Moraes, R., Dovera, P., & Lima, A. (2024). Manejo da insuficiência

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

cardíaca crônica em idosos: Uma revisão de literatura. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1(3), 348–355.

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Ontologia de Enfermagem: Plataforma Online*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Ordem dos enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/documents/2017/instrecolhadadosdocumentacaocuidenfreatilitacao\\_final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/documents/2017/instrecolhadadosdocumentacaocuidenfreatilitacao_final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Organização das Nações Unidas (2016). *Guia para o Desenvolvimento Sustentável- 17 Objetivos para Transformar o Mundo*. [https://e4k4c4x9.delivery.rocketcdn.me/pt/wp-Content/uploads/sites/9/2019/01/SDG\\_brochure\\_PT-web.pdf](https://e4k4c4x9.delivery.rocketcdn.me/pt/wp-Content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf)

Paiva, L. (2016). Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos institucionalizados e não institucionalizados, praticantes de exercício físico regular, através da Escala de Equilíbrio de Berg. *Dissertação de Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento*

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

*Ativo*, orientada por Alda Maria Martins Mourão e Rogério Paulo Joaquim Salvador. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Leiria.

Pinheiro, H., Santos, V., Santos, K., Farias, M., Pessoa, V., & Silva, L. (2022). Aplicação da teoria de médio alcance para enfermagem em reabilitação cardiovascular de pacientes com insuficiência cardíaca. *Research, Society and Development*, 11(3). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26579>

Registered Nurses Association of Ontario (2015). *Person- and Family-Centred Care*. <https://rmao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Registered Nurses Association of Ontario (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4ª edição). [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg)

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II* (85). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II* (26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

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

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

Santos, S. & Figueiredo, D. (2019). Predictors of the fear of falling among community-dwelling elderly Portuguese people: An exploratory study. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(1), 77–86. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29932016>

Sociedade Europeia de Cardiologia. (2021). *Recomendações de Bolso de 2021 da ESC: Insuficiência Cardíaca: Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência*

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

*cardíaca aguda e crónica*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. [https://spc.pt/wp-content/uploads/2025/04/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva\\_6\\_compressed.pdf](https://spc.pt/wp-content/uploads/2025/04/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva_6_compressed.pdf)

White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D. (2025). *Renewing the Definitions of “Nursing” and “a Nurse” Final Project Report*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN\\_Definition-Nursing\\_Report\\_EN\\_FINAL.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN_FINAL.pdf)

Womack, J. A. (2020). Commentary for falls in community-dwelling older adults with heart failure: A retrospective cohort study. *Heart and Lung*. 49(3). 336-340. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.03.016>

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

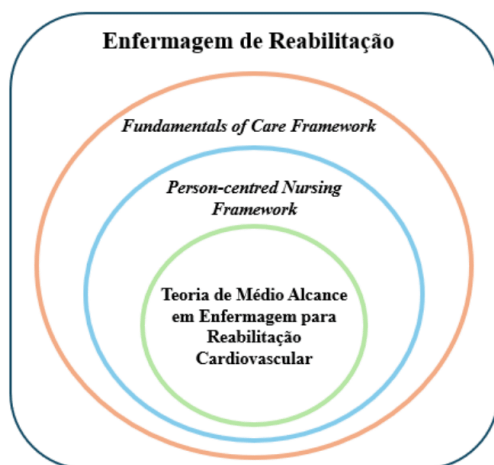
**APÊNDICES**

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica  
38

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
lxxviii

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice I** | Esquema do Referencial Teórico do RCC



(Farias et al., 2021; Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025).

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice II** | Medida de Independência Funcional

PARÂMETROS		SCORE		
Avaliação		Inicial	Intermédia	Final
<b>MOTORA</b>				
<b>Autocuidado</b>	Alimentar-se	7	7	7
	Arranjar-se	5	7	7
	Banho	3	3	3
	Vestir a parte superior do corpo	5	7	7
	Vestir a parte inferior do corpo	4	5	5
	Ir à casa de banho	4	5	5
<b>Controle de esfíncteres</b>	Controle vesical	4	4	4
	Controle intestinal	4	4	4
<b>Transferências</b>	Leito, Cadeira, cadeira de rodas	4	7	7
	Sanitário	4	5	5
	Banheira, chuveiro	3	4	5
<b>Locomoção</b>	Marcha/ cadeira de rodas	3	4	4
	Escadas	3	4	4
<b>SCORE MOTOR SUBTOTAL</b>		53	64	67
<b>COGNITIVA</b>				
<b>Comunicação</b>	Compreensão	7	7	7
	Expressão	7	7	7
	Interação social	7	7	7
<b>Cognição social</b>	Resolução de problemas	7	7	7
	Memória	7	7	7
<b>SCORE COGNITIVO SUBTOTAL</b>		35	35	35
<b>TOTAL DO SCORE MOTOR E COGNITIVO</b>		<b>88</b> <b>(Dependência modificada)</b>	<b>99</b> <b>(Dependência modificada)</b>	<b>102</b> <b>(Dependência modificada)</b>

**Fonte:** Ordem dos enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/documents/2017/instrec\\_olhadadosdocumentacaocuidenfreabilitacao\\_final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/documents/2017/instrec_olhadadosdocumentacaocuidenfreabilitacao_final_2017.pdf)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice III** | Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação para admissão em equipa de cuidados continuados e no projeto de reabilitação

Sr. B.R de 91 anos, sexo masculino, reformado e casado. Tem uma filha e netas com quem tem relação significativa e de proximidade. Reside com a esposa, que é a principal prestador de cuidados, sendo que a mesma apresenta o apoio da filha na gestão das consultas e exames. Residem num apartamento no 3º andar sem elevador, que apresenta escadas com corrimão em apenas um dos lados. A casa tem condições de salubridade, de ressaltar a presença de uma casa de banho com base de duche e cadeira de apoio. O Sr. B.R, previamente independente nas AVD, atualmente necessita de uma ajuda moderada nas AVD, tendo a assistência do Serviço de Apoio Domiciliário duas vezes por dia, para os cuidados de higiene.

Tem como história pregressa: Hipertensão Arterial, Hipotireoidismo, ICC, Doença Renal Crónica, Glaucoma, Fratura do colo de fémur direito, Transtorno obsessivo-compulsivo e apresentou 2 episódios de queda nos últimos 3 meses. Tem como medicação habitual: Levotiroxina 75mcg (1cp jejum); Propanolol 10mg (1cp manhã); Olmesartan + Hidroclorotiazida 20mg+ 25mg (1cp manhã); Tansulosina 0,4mg (1 cp manhã); Lorazepam 2,5mg (1/2cp deitar); Brimonidina 0,7mg/0,35ml (colírio 1 gota 2x/dia); Latanoprost 0,05mg/dl (colírio 1 gota ao deitar); Nitroglicerina TD (1x/dia). Cumpre terapêutica prescrita. A gestão do regime medicamentoso é realizada pela esposa. Apresenta alergia ao sulfametoxazol + trimetoprim.

Relativamente ao primeiro episódio de queda da própria altura ocorrido há 2 meses (meados do mês de fevereiro), o mesmo encontrava-se numa estação de comboios da Grande Lisboa, no qual resultou uma fratura do colo do fémur direito. Motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência e permaneceu internado num serviço de ortopedia do hospital da sua área de residência. Foi referenciado através da plataforma da RNCCI, para integração na ECCI, tendo em vista a reabilitação funcional motora no domicílio, a vigilância da sua situação atual de saúde e o apoio/suporte da prestadora de cuidados. A primeira VD de enfermagem realizada pela ECCI ocorreu a 23/04/2025. O Sr. B.R foi acompanhado, apenas pela fisioterapeuta durante três semanas, por circunstâncias externas ao Sr. B.R e à equipa, pelo que a primeira VD no âmbito do EEER foi realizada a 14/05/2025, na presença da esposa e da filha. O Sr.B. consciente e orientado nas três dimensões. Calmo e colaborante. Humor eutímico e *suis generis*. Apresenta hipoacúsia

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

41

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

bilateral acentuada, facilmente compensada através de falar próximo e num tom mais elevado. Acuidade visual comprometida, utiliza óculos. Eupneico em ar ambiente, com saturação periférica de oxigénio (SPO2) de 98%, sem sinais de dificuldade respiratória. Respiração de predomínio abdominal, com acessos de tosse produtiva ocasionais. À inspeção e palpação sem presença de assimetrias do toráx. À auscultação discretos roncós bilaterais nas bases. Apresenta intolerância à atividade a médios esforços. Normotenso (137/77 mm Hg). Normocárdico (64 batimentos por minuto). Apirético. Refere dor 4 nas costas (segundo a Escala Numérica da Dor-Apêndice V), dor tipo pontada que agrava com o posicionamento e com a tosse. Pele e mucosas descoradas e secas, sem alterações da integridade.

Alimenta-se autonomamente de dieta geral. Sem alterações da deglutição. Mobiliza ativamente os segmentos articulares da parte superior do corpo de forma independente, no entanto apresenta uma ligeira diminuição da força muscular nos membros inferiores (Apêndice VI). Refere ter ocorrido outro episódio de queda recentemente (na semana de 05/05/2025), sendo que apresenta uma diminuição da força mais acentuada na perna direita. Durante a visita realizou levante com apoio da bengala, deambulou pela casa com apoio da mesma e realizou treino de subir e descer as escadas a pedido. Apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado e apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico em pé comprometido (Apêndice VII).

Realizado treino de subir e descer escadas (cerca de 3 lances de escadas), com presença de intolerância à atividade (segundo a Escala Modificada de *Borg* um *score* de 17 pontos-Apêndice IV) e sinais de dificuldade respiratória. Realizada a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, incentivado ao repouso, numa cadeira, e concretização de técnicas de conservação de energia. Recuperou, aquando do regresso a casa, sentado no cadeirão e efetuando técnicas respiratórias (consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática). Realizados ensinamentos sobre a importância de gestão de expectativas, da gestão do esforço e das técnicas respiratórias. Apresenta autocontrolo da continência urinária e intestinal comprometidos, por perdas frequentes, com necessidade de proteção contra perdas. Abdómen depressível e indolor à palpação. Com presença de edemas dos membros inferiores, mais acentuado no pé direito, sem presença de sinais de perfusão dos tecidos comprometida. Refere padrão de sono e repouso comprometido, pela incontinência de esfíncteres.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice IV** | Escala Modificada de *Borg*

<b>Escala Modificada de Borg</b>			
Escola da percepção do esforço de Borg	Equivalência aproximada da frequência cardíaca/minutos	Grau de intensidade do esforço (% da capacidade máximo possível)	Equivalência de uma escala de esforço na percepção de 0-10 pontos
6	60-80	10	0
7	70-90		1
8	80-100	20	2
9	90-110		3
10	100-120	30	4
11	110-130		5
12	120-140	40	6
13	130-150		7
14	140-160	50	8
15	150-170		9
16	160-180	60	10
17	170-190		
18	180-200	70	
19	190-210		
20	200-220	80	
		90	
		100	

	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Avaliação:</b>	<p><u>Score Total:</u></p> <p>-6 pontos (em repouso);</p> <p>-17 pontos (após subir e descer as escadas).</p>	<p><u>Score Total:</u></p> <p>-6 pontos (em repouso);</p> <p>-9 pontos (após treino de marcha/ subir e descer as escadas).</p>	<p><u>Score Total:</u></p> <p>-6 pontos (em repouso);</p> <p>-8 pontos (após treino de marcha/ subir e descer as escadas).</p>

**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*.  
<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice V** | Escala Numérica da Dor

Escala Numérica da Dor												
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
Avaliação:	Avaliação Inicial			Avaliação Intermédia			Avaliação Final					
	Score Total: 4 (Dor moderada nas costas)			Score Total: 4 (Dor moderada nas costas)			Score Total: 1 (Dor Ligeira nas costas)					

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). Circular normativa nº 09/dgcg: *A Dor como 5º Sinal Vital*. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice VI** | Escala *Medical Research Council* Modificada

<b>Escala <i>Medical Resarch Council</i> Modificada</b>			
0	Sem contração (paralisia total)		
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação		
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade		
3	Movimento ativo contra gravidade		
4	Movimento ativo contra resistência		
5	Força normal		
<b>Avaliação:</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
	<u>Score Total: 4</u> (nos movimentos articulares das articulações coxofemural, joelho e tibiotársica da perna direita)	<u>Score Total: 4</u> (nos movimentos articulares das articulações coxofemural, joelho e tibiotársica da perna direita)	<u>Score Total: 4</u> (nos movimentos articulares das articulações coxofemural, joelho e tibiotársica da perna direita)

**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*.  
<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice VII** | Escala de Equilíbrio de Berg

Itens	Avaliação (0 – Incapaz de executar a 4- capaz de executar de forma independente)		
	Av. Inicial	Av. Intermédia	Av. Final
Da posição de sentado para a posição de pé.	2	3	3
Ficar em pé sem apoio.	2	3	4
Senta-se com as costas desapoçadas, mas com os pés apoiados no chão.	3	3	4
Da posição de pé para a posição de sentado.	2	3	3
Transferências.	1	2	3
Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados.	2	3	3
Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos.	2	2	3
Inclinar-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé.	0	0	0
Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé.	1	2	3
Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé.	1	2	3
Dar uma volta de 360 graus.	0	0	1
Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio.	0	0	0
Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro.	0	1	1
Permanecer em pé sobre uma perna.	0	0	0
<b>Score Total (0-56)</b>	<b>16 (diminuído)</b>	<b>21 (moderado)</b>	<b>30 (moderado)</b>

**Fonte:** Paiva, L. (2016). Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos institucionalizados e não institucionalizados, praticantes de exercício físico regular, através da Escala de Equilíbrio de Berg. *Dissertação de Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo*, orientada por Alda Maria Martins Mourão e Rogério Paulo Joaquim Salvador. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Leiria.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice VIII** | Escala de Quedas de *Morse*

<b>Escala de Queda de Morse</b>			
Item	Pontuação		
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25		
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15		
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30		
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20		
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20		
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15		
<b>Avaliação:</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Intermédia</b>	<b>Avaliação Final</b>
	<i>Score Total: 75</i> (Alto Risco de Queda)	<i>Score Total: 65</i> (Alto Risco de Queda)	<i>Score Total: 65</i> (Alto Risco de Queda)

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice IX** | Versão Portuguesa de *Falls Efficacy- International Scale* 7 itens

Questões relativas ao Medo de Cair	Respostas (1- Nem um pouco preocupado;2- Um pouco preocupado; 3- Muito preocupado;4- Extremamente preocupado		
	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
Vestir e despir a roupa	2	1	1
Tomar banho ou duche	2	1	1
Sentar ou levantar de uma cadeira	4	2	1
Subir ou descer escadas	4	2	1
Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	4	3	2
Subir ou descer uma ladeira	4	3	2
Frequentar um evento social (ex. ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	4	3	2
<i>Score total</i>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>10</b>

A pontuação varia entre 7 a 28 pontos de score total, sendo que uma **pontuação igual ou superior a 15**, nas pessoas idosas residente na comunidade, prediz o medo de cair em geral.

**Fonte:** Marques- Vieira, C., Sousa, L., Baixinho, C., Reis, M., Pérez-Rivas, F. & Sousa; L. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30: e20190243, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

**Apêndice X** | Análise detalhada dos resultados obtidos

Foco de Atenção Enfermagem de Reabilitação	Avaliação das Intervenções delineadas		
	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
<b>INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE</b>	<p><b>Avaliação da Escala de Borg</b> (Apêndice IV): 17 pontos (subir e descer as escadas).</p> <p><b>Conhecimento</b><sup>5</sup>: Classificação: 1 sobre conservação de energia e hábitos de exercício, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p> <p><b>Capacidade:</b> Para o Sr. B.R. os movimentos corporais são cansativos, não consegue tolerar e terminar as AVD, apresenta cansaço fácil, após um esforço e passado 3 minutos a pulsação regressa aos valores habituais e recupera a energia após repouso.</p>	<p><b>Avaliação da Escala de Borg</b> (Apêndice IV): 9 pontos (treino de marcha/ subir e descer as escadas).</p> <p><b>Conhecimento</b><sup>5</sup>: Classificação: 2 sobre conservação de energia e hábitos de exercício, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p> <p><b>Capacidade:</b> Para o Sr. B.R os movimentos corporais não são cansativos, não consegue tolerar e terminar as AVD, não apresenta cansaço fácil, após um esforço e passado 3 minutos a pulsação regressa aos valores habituais e recupera a energia após repouso.</p>	<p><b>Avaliação da Escala de Borg</b> (Apêndice IV): 8 pontos (treino de marcha/ subir e descer as escadas).</p> <p><b>Conhecimento</b><sup>5</sup>: Classificação: 3 sobre conservação de energia e hábitos de exercício, tanto para o Sr.B.R como a sua esposa.</p> <p><b>Capacidade:</b> Para o Sr. B.R os movimentos corporais não são cansativos, consegue tolerar e não consegue terminar as AVD, não apresenta cansaço fácil, após um esforço e passado 3 minutos a pulsação regressa aos valores habituais e recupera a energia após repouso.</p>

<sup>5</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016)

Legenda do conhecimento sobre de técnicas de conservação de energia: 1- Nenhum conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<b>MOVIMENTO MUSCULAR</b>	<p><b>Avaliação da Dor</b> (Apêndice V): 4- Dor moderada nas costas</p> <p><b>Avaliação da Escala MRC Modificada</b> (Apêndice VI): 4/5 pontos na perna direita</p> <p><b>Conhecimento<sup>6</sup></b>: Classificação: 1 sobre conhecimento de técnicas de exercício muscular e articular, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p> <p><b>Capacidade</b>: O Sr. B.R tem potencial para executar técnicas de exercício muscular e articular. Tem controlo dos movimentos, apenas ligeiramente diminuído na perna direita e mobiliza ativamente.</p>	<p><b>Avaliação da Dor</b> (Apêndice V): 4- Dor moderada nas costas</p> <p><b>Avaliação da Escala MRC Modificada</b> (Apêndice VI): 4/5 pontos na perna direita</p> <p><b>Conhecimento<sup>6</sup></b>: Classificação: 2 sobre conhecimento de técnicas de exercício muscular e articular, tanto para o Sr.B.R como a sua esposa.</p> <p><b>Capacidade</b>: O Sr. B.R tem potencial para executar técnicas de exercício muscular e articular. Tem controlo dos movimentos, apenas ligeiramente diminuído na perna direita e mobiliza ativamente.</p>	<p><b>Avaliação da Dor</b> (Apêndice V): 1- Dor ligeira nas costas</p> <p><b>Avaliação da Escala MRC Modificada</b> (Apêndice VI): 4/5 pontos na perna direita</p> <p><b>Conhecimento<sup>6</sup></b>: Classificação: 2 sobre conhecimento de técnicas de exercício muscular e articular, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p> <p><b>Capacidade</b>: O Sr. B.R tem potencial para executar técnicas de exercício muscular e articular. Tem controlo dos movimentos, apenas ligeiramente diminuído na perna direita e mobiliza ativamente.</p>
<b>EQUILÍBRIO CORPORAL</b>	<p><b>Avaliação da Escala de Berg</b>: 16 pontos.</p> <p><b>Conhecimento<sup>7</sup></b>: Classificação: 1 sobre técnica de equilíbrio corporal, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p>	<p><b>Avaliação da Escala de Berg</b>: 21 pontos.</p> <p><b>Conhecimento<sup>7</sup></b>: Classificação: 2 sobre técnica de equilíbrio corporal, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p>	<p><b>Avaliação da Escala de Berg</b>: 30 pontos.</p> <p><b>Conhecimento<sup>7</sup></b>: Classificação: 3 sobre técnica de equilíbrio corporal, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p>

<sup>6</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016)

Legenda do conhecimento de técnicas de exercício muscular e articular: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

<sup>7</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016)

Legenda do conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal: 1- Nenhum conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	<b>Capacidade:</b> Apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado, adota posturas viciosas, não apresenta equilíbrio estático e dinâmico em pé.	<b>Capacidade:</b> Apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado, adota posturas viciosas, não apresenta equilíbrio estático e dinâmico em pé.	<b>Capacidade:</b> Apresenta equilíbrio corporal estático e dinâmico sentado, adota posturas viciosas, apresenta equilíbrio estático em pé, mas não apresenta equilíbrio dinâmico em pé.
<b>QUEDA</b>	<p><b>Avaliação da Escala de Morse</b> (Apêndice VIII): 75 pontos.</p> <p><b>Avaliação do TUG:</b> Não foi possível a concretização do TUG, dado que o Sr.B.R .</p> <p><b>Avaliação da FES-I 7 itens</b> (Apêndice IX): 24 pontos.</p> <p><b>Conhecimento<sup>8</sup>:</b> Classificação: 1 sobre prevenção de quedas, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p>	<p><b>Avaliação da Escala de Morse</b> (Apêndice VIII): 65 pontos.</p> <p><b>Avaliação do TUG:</b> 20,31 s (alto risco de queda)</p> <p><b>Avaliação da FES-I 7 itens</b> (Apêndice IX): 15 pontos.</p> <p><b>Conhecimento<sup>8</sup>:</b> Classificação: 2 sobre prevenção de quedas, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p>	<p><b>Avaliação da Escala de Morse</b> (Apêndice VIII): 65 pontos.</p> <p><b>Avaliação do TUG:</b> Não foi possível a concretização do TUG, dado que o Sr.B.R quis prolongar o treino de marcha.</p> <p><b>Avaliação da FES-I 7 itens</b> (Apêndice IX): 10 pontos.</p> <p><b>Conhecimento<sup>8</sup>:</b> Classificação: 3 sobre prevenção de quedas, tanto o Sr.B.R como a sua esposa.</p>
<b>Volume e Progressão</b>	- Exercícios de Fortalecimento muscular sentado (1 série de 5 repetições de abdução e adução ativa e ativa-resistida da	- Realizado alongamento estático e dinâmico, sendo que o Sr. B.R. se	-Treino de subir e descer as escadas, sem pausas;

<sup>8</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016)

Legenda do conhecimento sobre prevenção de quedas: 1- Nenhum conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	<p>articulação coxo-femoral com flexão do joelho em posição de sentado e com faixa elástica), conforme a tolerância do Sr. B.R.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizado exercício de conservação de energia e equilíbrio (atirar e mandar a bola até alguém deixar cair);</li> <li>- Treino de Marcha de 5 minutos pelo corredor da casa;</li> <li>- Subir e descer escadas (3 lances de escadas), realizados ensinamentos relativamente ao andar com meio auxiliar de marcha;</li> <li>- Realizados ensinamentos, tanto ao Sr.B.R como a esposa, de técnicas de conservação de energia, técnicas de exercício muscular/articular/equilíbrio e sobre prevenção de queda (nomeadamente quanto ao vestuário e calçado).</li> </ul>	<p>encontrava no patamar da escada apoiado ao corrimão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios de fortalecimento muscular (2 séries de 10 repetições de abdução e adução ativa e ativa-resistida da articulação coxo-femoral com flexão do joelho em posição de sentado e com faixa elástica e pesos de 1kg), com tolerância do Sr. B.R.</li> <li>-Treino de subir e descer as escadas, sendo que a cada patamar da escada o Sr. B.R fazia pausas encostado à parede e consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de agachamento e andar em linha imaginária (pé após o outro) (25 min);</li> <li>- Treino de Marcha na rua cerca de 20 minutos (subir e descer a rua de casa);</li> <li>- Realizado treino de equilíbrio (andar em 8 ao redor dos pinos da estrada);</li> <li>- Realizados ensinamentos, tanto ao Sr.B.R como a esposa, de técnicas de conservação de energia, técnicas de exercício muscular/</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de Marcha na rua cerca de 25 minutos (ir ter ao café que costuma frequentar);</li> <li>- Exercício para reduzir o medo de cair ao longo do treino de marcha na rua (dado que o Sr.B.R. caiu por ter olhado para cima para ver o tempo de chegada do comboio): apanhar objetos acima do nível da cabeça e ao nível do chão, com tolerância do Sr.B.R.</li> <li>- Realizado treino de equilíbrio (andar em 8 ao redor dos pinos da estrada);</li> <li>- Realizados ensinamentos, tanto ao Sr.B.R como a esposa, de técnicas de conservação de energia, técnicas de exercício muscular/articular/equilíbrio e sobre prevenção de queda (nomeadamente quanto à adaptações do domicílio e uma marcha eficaz com a bengala).</li> </ul>
--	---	--	---

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

		articular/equilíbrio e sobre prevenção de queda (nomeadamente quanto à adaptações do domicílio e uma marcha eficaz com a bengala).	
<b>Sinais Vitais</b>	Em repouso: 123 /81 mmHg, 61 bpm e 95%. Após intervenção do EEER: 131/67 mm Hg; 65 bpm; 96%	Em repouso: 128 /61 mmHg, 60 bpm e 93%. Após intervenção do EEER: 125/69 mm Hg; 74 bpm; 97%	Em repouso: 128 /61 mmHg, 62 bpm e 96%. Após intervenção do EEER: 111/66 mm Hg; 67 bpm; 97%

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**ANEXOS**

Beatriz Antunes Novo- junho 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica  
54

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
xciv

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Anexo I | Checklist CARE

**CARE** CARE Checklist of information to include when writing a case report

Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
<b>Title</b>	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report" . . . . .	_____
<b>Key Words</b>	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report" . . . . .	_____
<b>Abstract (no references)</b>	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature? . . . . .	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings . . . . .	_____
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes . . . . .	_____
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case? . . . . .	_____
<b>Introduction</b>	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique ( <b>may include references</b> ) . . . . .	_____
<b>Patient Information</b>	5a	De-identified patient specific information. . . . .	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient. . . . .	_____
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information . . . . .	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes . . . . .	_____
<b>Clinical Findings</b>	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings. . . . .	_____
<b>Timeline</b>	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline . . . . .	_____
<b>Diagnostic Assessment</b>	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys). . . . .	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural) . . . . .	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered) . . . . .	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable . . . . .	_____
<b>Therapeutic Intervention</b>	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care) . . . . .	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration) . . . . .	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale) . . . . .	_____
<b>Follow-up and Outcomes</b>	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available) . . . . .	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results . . . . .	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?) . . . . .	_____
	10d	Adverse and unanticipated events . . . . .	_____
<b>Discussion</b>	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report . . . . .	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature <b>with references</b> . . . . .	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes) . . . . .	_____
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion . . . . .	_____
<b>Patient Perspective</b>	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received . . . . .	_____
<b>Informed Consent</b>	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested . . . . .	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Fonte:** Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research. (2013). *The CAREGuidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development*. EQUATOR Network. <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## Anexo II | Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

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

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

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. No caso de não claro e/ou tiver 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:** Enfermagem de Reabilitação: Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas com Insuficiência Cardíaca na Comunidade- Relato de Caso

**Enquadramento:** O estudo insere-se no Estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrada no 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Exma. Professora Sandy Severino, e do Professor Coordenador do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e sob a supervisão clínica da Exma. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]. O relato de caso clínico tem como objetivo descrever as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas junto das pessoas idosas com insuficiência cardíaca e dos seus cuidadores residentes na comunidade.

**Explicação do estudo:** Solicita-se a participação no relato de caso clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento na área de enfermagem de reabilitação sobre a identificação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções e a execução de uma avaliação do plano concretizado em conjunto com a pessoa/cuidador. A recolha de dados será feita por entrevista e serão utilizados instrumentos e testes de avaliação para identificar as suas necessidades nas atividades de vida diária, devido às limitações na atividade e/ou alterações da funcionalidade pela sua história de saúde atual, onde o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possa ser um agente facilitador de todo o processo de adaptação. A sua participação no relato de caso clínico, irá melhorar o seu conhecimento sobre a intolerância à atividade, o movimento muscular, equilíbrio corporal, andar com auxiliar de marcha comprometido e queda, contribuindo, não só para a sua recuperação, mas também para melhorar a sua qualidade de vida. De ressaltar que não se identificam riscos para a pessoa/cuidador no caso de aceitar ou recusar participar no relato de caso clínico, na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** A sua participação no presente relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

**Confidencialidade e anonimato:** Neste relato de caso clínico encontra-se 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. O tratamento da informação recolhida será conduzido, de forma descritiva e anónima, pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração de um relato de caso clínico. Findo este processo, os dados serão destruídos de forma definitiva e segura, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Grata pela sua disponibilidade e atenção, subscrevo-me com elevada consideração,

Beatriz Antunes Novo

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (Nº estudante: [REDACTED]) Contacto telefónico- [REDACTED] E-mail- [REDACTED]

**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*

<sup>1</sup> <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/35/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdio/2001/01/002a00/00140036.pdf>

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

*assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.*

Nome: .....

Assinatura: .....

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

<b>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE</b> (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)	
Nome: .....	DATA ou VALIDADE ..... /..... /.....
BI/CD Nº: .....	GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....
ASSINATURA .....	

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Anexo III** | Pedido à Comissão de Ética da ESSATLA para a participação em investigação



**PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsinquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

**Assunto:** Pedido para a realização de um **Relato de Caso Clínico** em contexto de estágio.

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica,

A estudante Beatriz Antunes Novo, que frequenta o 2º semestre, do 1º ano, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um estudo concretizado na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, inserida no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Exma. Professora Sandy Severino, do Exmo. Professor Coordenador do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e sob supervisão clínica da Exma. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

**Título do estudo:** Enfermagem de Reabilitação: Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas com Insuficiência Cardíaca na Comunidade- Relato de Caso

**Enquadramento:** O relato de caso clínico insere-se no Estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrada no 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica. No decorrer do estágio, perante a necessidade do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e das competências de mestre, surge como essencial a elaboração de um relato caso clínico, tendo por base as respostas humanas da pessoa/cuidador neste contexto. O relato de caso clínico tem como objetivo descrever as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas junto das pessoas idosas com insuficiência cardíaca e dos seus cuidadores residentes na comunidade.

**Metodologia:** O relato de caso clínico consiste num estudo descritivo e será elaborado de acordo com as diretrizes metodológicas propostas na *Checklist CARE*<sup>3</sup> do EQUATOR Network (Anexo I).

**Explicação do estudo:** Solicita-se a participação no relato de caso clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento na área de enfermagem de reabilitação sobre a identificação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções e a execução de uma avaliação do plano delineado em conjunto com a pessoa/cuidador. A recolha de dados será feita por entrevista e serão utilizados para sua documentação instrumentos e testes de avaliação para identificar as respostas humanas da pessoa e cuidador que resultem em limitações na atividade e/ou em alterações da funcionalidade, podendo ser alvo de intervenção em conjunto com o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no relato de caso clínico, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre a intolerância à atividade, o movimento muscular, equilíbrio corporal, andar com auxiliar de marcha e queda, contribuindo, não só para a sua recuperação, mas também para melhorar a sua qualidade de vida. De ressaltar que não se identificam riscos para a pessoa/cuidador no caso de aceitar ou recusar participar no relato de caso clínico, na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** A sua participação no presente relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

**Confidencialidade e anonimato:** Neste relato de caso clínico encontra-se garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que

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

<sup>2</sup> <http://dire.pt/pdf1st/dj/2001/01/002A00/00140036.pdf>

<sup>3</sup> [The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development | EQUATOR Network](#)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo. O tratamento da informação recolhida será conduzido, de forma descritiva e anónima, pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração de um relato de caso clínico. Findo este processo, os dados serão destruídos de forma definitiva e segura, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Grata pela sua disponibilidade e atenção, subscrevo-me com elevada consideração,

Beatriz Antunes Novo

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (Nº estudante- ██████████ Contacto telefónico- ██████████ E-mail- ██████████)

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

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

Nome: .....

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

<small>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</small>	
<small>NOME: .....</small>	
<small>BI/CD Nº: ..... DATA ou VALIDADE ..... /..... /.....</small>	
<small>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....</small>	
<small>ASSINATURA .....</small>	

**INCLUIR DESENHO DO ESTUDO EM ANEXO**

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Anexo IV** | *Mini Mental State Examination*

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que anos estamos? \_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabê-las de cor".  
Pera \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
27\_24\_21\_18\_15

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pera \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_  
Dobra ao meio \_\_\_\_  
Coloca onde deve \_\_\_\_

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

FRASE:

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_

Escala de normalidade em função da escolaridade:

**Avaliação:** O Sr. B. R. apresentou um **score total de 30 pontos.**

- Analfabetos  $\geq 15$  pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade  $\geq 22$  pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade  $\geq 27$  pontos

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

#### Anexo V | *Timed Up and Go Test*

##### 1) Material e preparação:

- a) Cronómetro para medir o tempo de execução do teste (segundos);
- b) Cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 47 cm de altura;
- c) Em frente à cadeira, deverá existir um percurso disponível com 3 metros de comprimento;
- d) Medir, a partir da linha que une as pernas da cadeira, uma distância de três metros e assinalar no chão com fita adesiva;
- e) Deve ser usado calçado e auxiliares de marcha habituais;
- f) A pessoa deve levantar-se, andar até alcançar a marca, dar a volta, regressar e sentar-se de novo;
- g) O teste termina quando as nádegas tocam o assento da cadeira;
- h) Deve ser pedido à pessoa para andar a uma velocidade confortável e segura.

##### 2) Instruções para a execução do teste:

- a) A pessoa começa por estar corretamente sentado, com as costas encostadas e os braços apoiados nos braços da cadeira;
- b) Em caso de uso de auxiliar de marcha os braços não devem estar apoiados no auxiliar, mas este deve estar ao alcance da pessoa;
- c) Demonstrar o teste;
- d) À ordem de “partida” a pessoa deve iniciar o teste e o examinador inicia o cronómetro;
- e) O cronómetro pára quando as nádegas tocam o assento da cadeira.

São considerados como tendo elevado risco de queda os adultos/idosos com tempos de desempenho TUG iguais ou superiores a 13,5 segundos.

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>



**Apêndice III |**

Relato de Caso Clínico- Contexto de Estágio Profissionalizante



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2025/2026**

**2º Ano- 1º Semestre**

**Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante**

**Relato de Caso Clínico**

Enfermagem de Reabilitação: Capacitação da Pessoa com Acidente Vascular  
Cerebral/Família para o Domicílio– Relato de Caso

**Elaborado por**

Beatriz Antunes Novo (nº estudante [REDACTED])

**Docente Orientadora**

Joana Marques

**Enfermeira Supervisora**



Barcarena,

novembro 2025



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2025/2026**

**2º Ano- 1º Semestre**

**Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante**

**Relato de Caso Clínico**

**Enfermagem de Reabilitação: Capacitação da Pessoa com Acidente Vascular  
Cerebral/Família para o Domicílio– Relato de Caso**

**Elaborado por**

Beatriz Antunes Novo (nº estudante [REDACTED])

**Docente Orientadora**

Joana Marques

**Enfermeira Supervisora**

[REDACTED]  
Barcarena,

novembro 2025

**O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste Relato de Caso Clínico.**



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APA- *American Psychological Association*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção-Geral da Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

END- Escala Numérica da Dor

EP- Estágio Profissionalizante

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA -Escola Superior de Saúde Atlântica

FC- Frequência Cardíaca

*FES-I- Falls Efficacy Scale- International*

FITT-VP- Frequência, Intensidade, Tempo/duração, Tipo de exercício, Volume e Progressão

MIF- Medida de Independência Funcional

MMSE- *Mini Mental State Examination*

MRC- *Medical Research Council*

NICE- *National Institute for Health and Care Excellence*

NIHSS- *National Institute of Health Stroke Scale*

OE- Ordem dos Enfermeiros

PE- Processo de Enfermagem

*PREM- Patient-Reported Experience Measures*

*PROM- Patient-Reported Outcome Measures*

RCC- Relato de Caso Clínico

*RNAO- Registered Nurses Association of Ontario*

## RESUMO

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral, das principais causas de mortalidade e incapacidade, compromete a funcionalidade e autonomia das pessoas. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação destaca-se como agente facilitador de uma transição segura para o domicílio, através de cuidados fundamentais, centrados na pessoa e adaptados à sua condição.

**Objetivo:** Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral e da sua família para o regresso ao domicílio.

**Metodologia:** Análise descritiva de uma situação clínica complexa, alicerçada na literatura científica e orientada pelas diretrizes da *Checklist CARE*.

**Resultados:** Constataram-se progressos nos focos de atenção do equilíbrio corporal, transferir-se e risco de queda, persistindo resultados a atingir no âmbito da aquisição de conhecimentos e capacidades.

**Discussão:** O plano de cuidados centrado na pessoa/família, adaptado às suas respostas humanas e preferências, potenciou o *empowerment* e a readaptação funcional. A integração de estratégias de reabilitação cognitiva, reforçou o impacto dos cuidados fundamentais da Enfermagem de Reabilitação.

**Conclusão:** A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação evidencia o compromisso na promoção da autonomia e independência das pessoas, contribuindo para a sua capacitação e melhoria da qualidade de vida pós- Acidente Vascular Cerebral.

**Descritores:** Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Transição do Hospital para o Domicílio; Relato de Caso.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Stroke, one of the leading causes of mortality and disability, compromises people's functionality and autonomy. In this context, the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing stands out as a facilitator of a safe transition to the home, through fundamental care, centred on the person and adapted to their condition.

**Objective:** To describe the interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in empowering people with stroke and their families to return home.

**Methodology:** Descriptive analysis of a complex clinical situation, based on scientific literature and guided by the CARE Checklist guidelines.

**Results:** Progress was observed in the areas of focus related to body balance, transferring, and risk of falling, while outcomes related to the acquisition of knowledge and skills remain to be achieved.

**Discussion:** The person/family-centred care plan, adapted to their human responses and preferences, enhanced empowerment and functional readaptation. The integration of cognitive rehabilitation strategies reinforced the impact of fundamental Rehabilitation Nursing care.

**Conclusion:** The work of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing demonstrates a commitment to promoting people's autonomy and independence, contributing to their empowerment and improved quality of life after a stroke.

**Descriptors:** Rehabilitation Nursing; Stroke; Hospital to Home Transition; Case Report.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	15
<b>1.1. Apresentação do Caso Clínico</b> .....	19
<b>1.2. Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação</b> .....	19
<b>2. RESULTADOS</b> .....	27
<b>3. DISCUSSÃO</b> .....	30
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	31
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	32
<b>APÊNDICES</b> .....	39
<b>Apêndice I   Diagrama do Referencial Teórico do Relato de Caso Clínico</b> .....	40
<b>Apêndice II   Medida de Independência Funcional</b> .....	41
<b>Apêndice III   <i>National Institute of Health Stroke Scale</i></b> .....	42
<b>Apêndice IV   Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação</b> .....	43
<b>Apêndice V   Exame Neurológico na Admissão</b> .....	47
<b>Apêndice VI   Tabela de Comunicação</b> .....	49
<b>Apêndice VII   Jogo Terapêutico</b> .....	50
<b>Apêndice VIII   Escala Numérica da Dor</b> .....	96
<b>Apêndice IX   Escala <i>Medical Research Council</i> Modificada</b> .....	97
<b>Apêndice X   Escala Modificada de <i>Borg</i></b> .....	98
<b>Apêndice XI   Escala de <i>Asworth</i> Modificada</b> .....	99

<b>Apêndice XII</b>   Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i> .....	100
<b>Apêndice XIII</b>   Escala de Quedas de <i>Morse</i> .....	101
<b>Apêndice XIV</b>   Versão Portuguesa de <i>Falls Efficacy- International Scale 7 itens</i> .....	102
<b>Apêndice XV</b>   Esquema de Progressão de Exercícios no Acidente Vascular Cerebral ....	103
<b>ANEXOS</b> .....	104
<b>Anexo I</b>   Checklist CARE.....	105
<b>Anexo II</b>   Guião de Entrevista Estruturada.....	106
<b>Anexo III</b>   Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação .....	109
<b>Anexo IV</b>   Pedido à Comissão de Ética da ESSATLA para a participação em investigação .....	111
<b>Anexo V</b>   <i>Mini Mental State Examination</i> .....	113

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. ....	20
<b>Tabela 2.</b> Síntese dos Resultados Obtidos. ....	27

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante (EP), integrante do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), foi proposta a elaboração de um Relato de Caso Clínico (RCC) como estratégia pedagógica destinada a evidenciar o desenvolvimento das competências de mestre, comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). A experiência decorreu num Centro de Reabilitação situado na região da Grande Lisboa, contexto que possibilitou a articulação entre o exercício profissional e a consolidação das competências inerentes ao EEER, conforme definidas no quadro legal e regulamentar da profissão.

A elaboração do RCC assume uma relevância central, na medida em que permite analisar e refletir criticamente sobre as respostas humanas da pessoa e/ou família, num contexto real de cuidados, integrando as dimensões clínica, ética, social e científica da prática do EEER. Este processo constitui um instrumento privilegiado para demonstrar a capacidade de intervenção em contextos complexos e transdisciplinares, evidenciando a integração de conhecimentos teóricos e práticos, a tomada de decisão clínica fundamentada e a resolução de problemas emergentes da prática (Decreto-Lei n.º 65/2018). Paralelamente, o RCC expressa o compromisso do EEER com a excelência dos cuidados, a autonomia profissional e a responsabilidade ética, assegurando uma prática atualizada e sustentada na melhor evidência científica disponível, em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019. Assim, o RCC transcende o requisito académico, constituindo-se como um exercício de reflexão crítica que consolida a identidade profissional e científica da Enfermagem de Reabilitação (ER).

Desta forma, o presente RCC intitulado “Enfermagem de Reabilitação: Capacitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral/Família para o Domicílio”, centra-se na análise do caso clínico de uma pessoa idosa de 65 anos, do sexo masculino, natural e residente na Guiné-Bissau e identificado como A. O mesmo encontrava-se internado no Centro de Reabilitação, em regime particular de internamento, após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico do hemisfério esquerdo, ocorrido em dezembro de 2024. Neste contexto, revela-se pertinente explicitar alguns conceitos estruturantes que alicerçam o plano de cuidados de ER elaborado.

## Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível mundial, representando um desafio crescente para os sistemas de saúde e para a prática da reabilitação (Feigin et al., 2024; OECD/European Commission, 2024; Platz, 2021). O número absoluto de casos tem vindo a aumentar, em resultado do envelhecimento populacional e da maior prevalência das doenças crónicas, refletindo simultaneamente a influência de fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial, diabetes, obesidade, inatividade física e hábitos alimentares inadequados (Feigin et al., 2024; Platz, 2021). Esta realidade traduz-se num impacto social, económico e individual significativo, evidenciado pelo aumento de pessoas que, após um AVC, vivem com limitações funcionais persistentes. Na Guiné-Bissau, o AVC constitui a terceira principal causa de morte, num contexto marcado por fragilidades estruturais do sistema de saúde- nomeadamente a escassez de recursos humanos qualificados, a insuficiência de infraestruturas e as desigualdades no acesso aos cuidados-, o que reforça a necessidade de investimento em estratégias de prevenção e reabilitação (Decreto n.º 31/2024; World Health Organization, 2020).

Esta patologia revela-se como uma síndrome neurológica de início súbito, resultante de distúrbios na circulação cerebral. Classifica-se em AVC isquémico, decorrente da obstrução arterial com hipoperfusão cerebral (considerado o mais prevalente), e AVC hemorrágico, provocado pela rutura vascular com extravasamento sanguíneo (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025). Quanto às consequências neurológicas, estas incluem défices motores (ex. diminuição da força muscular no hemicorpo do lado afetado), sensoriais (ex. alterações visuais), cognitivos e de comunicação (ex. afasia), frequentemente acompanhados de alterações da marcha, do equilíbrio e do controlo postural, aumentando o risco de queda (Santos et al., 2020). As sequelas decorrentes do AVC traduzem-se frequentemente em limitações significativas nas Atividades de Vida Diária (AVD), que afetam a autonomia e a independência da pessoa, comprometendo a sua participação social (Araújo et al., 2021; Mulhern, 2023). O impacto do AVC ultrapassa as limitações físicas, atingindo a dimensão emocional, relacional e socioeconómica, com consequências relevantes para a pessoa, família e comunidade. Neste sentido, *guidelines* internacionais como as do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2023) e as da *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) (2025), revelam que a reabilitação precoce pós-AVC e centrada na pessoa, é fundamental para a readaptação funcional, assegurando a transição segura entre o internamento e o domicílio.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

O processo de reabilitação pós-AVC configura-se como um percurso de adaptação dinâmico e contínuo, marcado por desafios físicos, cognitivos e emocionais complexos (Sun et al., 2025). Face a estes desafios, o processo integra três dimensões complementares: a física, centrada no treino motor, equilíbrio, coordenação e prevenção de quedas; a cognitiva, orientada para a estimulação da atenção, memória e funções executivas; e a comunicacional, que visa promover a expressão, compreensão e interação social (Platz, 2021; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; RNAO, 2017). A reabilitação precoce e intensiva potencia a plasticidade cerebral e favorece a readaptação funcional, devendo ser orientada por objetivos individualizados e mensuráveis, definidos em conjunto com a pessoa e a família (Jesus et al., 2022; Tanlaka et al., 2023).

Destarte, a reabilitação das pessoas com AVC apoia-se nos princípios da neuroplasticidade, definida como a capacidade do sistema nervoso central de reorganizar as suas ligações sinápticas em resposta a estímulos repetitivos, funcionais e significativos (Lima, 2024). A estimulação cognitiva desempenha um papel central, uma vez que potencia a reorganização adaptativa do cérebro após lesão, promovendo a regeneração sináptica e a plasticidade cerebral, melhorando a função neurológica, motora e a capacidade para as AVD (Araújo et al., 2021; Yang et al., 2021). O EEER, através do treino motor e de AVD, realiza um treino orientado por tarefa (TOT), criando um ambiente terapêutico neuroestimulante que favorece a reeducação e a readaptação funcional, respondendo às atuais recomendações internacionais para a reabilitação pós-AVC (Costa, 2019; O' Donoghue et al., 2022).

Neste âmbito, o EEER apresenta uma responsabilidade preponderante, nomeadamente na avaliação, diagnóstico, planeamento e execução de intervenções que potenciem a autonomia e a funcionalidade da pessoa. A sua prática baseia-se numa abordagem centrada na pessoa, assegurando as suas respostas humanas, respeitando as suas preferências e o seu contexto de vida (Lobo & Palma, 2024; RNAO, 2025; Sousa et al., 2025). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), ao integrar o raciocínio clínico e a evidência científica, o EEER promove a readaptação funcional, previne complicações e potencia a maximização das capacidades remanescentes pós-AVC. Sustentado pelo Regulamento n.º 392/2019, o EEER detém competências específicas que o habilitam a capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, promovendo a readaptação funcional e a reinserção social. A sua intervenção tem por base a capacitação, que integra, de forma progressiva, o conhecimento, a tomada de decisão e a ação. A capacitação estrutura-se em torno de dois eixos interdependentes: os conhecimentos (desenvolvidos através dos ensinamentos) e as capacidades

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

(adquiridas por meio da instrução e treino) (Sousa et al., 2020). Este processo, simultaneamente envolve a participação ativa da família, favorecendo a adoção de estratégias adaptativas para a consecução das AVD, favorecendo uma transição segura para o domicílio, contribuindo para a qualidade de vida e para a redução de reinternamentos (Correia et al., 2023; RNAO, 2023).

O regresso ao domicílio representa uma etapa crucial do processo de reabilitação, exigindo coordenação eficaz e comunicação estruturada entre profissionais, pessoa e família (Baixinho & Ferreira, 2020). O EEER, neste contexto, atua como facilitador da transição, garantindo a preparação para a alta, desde o momento da admissão, mediante a capacitação da pessoa e família e verificando a necessidade de aquisição de recursos (ex. produtos de apoio) para assegurar a continuidade dos cuidados de adaptação à sua nova condição no domicílio (Matos & Simões, 2020; OE, 2023). A transição de cuidados deve ser orientada por um modelo colaborativo, transdisciplinar e culturalmente adaptado e sensível, reconhecendo as especificidades e valores de cada pessoa (RNAO, 2007; RNAO, 2023).

Esta realidade evidencia a necessidade de aprofundar a reflexão em torno da temática em estudo, tendo em vista a capacitação da pessoa e da sua família para a readaptação funcional e uma transição segura e bem-sucedida para o domicílio. Assim, emergiu a seguinte questão norteadora: “Quais as intervenções do EEER na capacitação da pessoa com AVC e da sua família para o regresso ao domicílio?”. A partir desta questão, definiu-se como objetivo geral do presente RCC: Descrever as intervenções do EEER na capacitação da pessoa com AVC e da sua família para o regresso ao domicílio. Como objetivos específicos, pretende-se identificar os diagnósticos de ER mais relevantes, considerando as respostas humanas da pessoa com AVC; elaborar um plano de cuidados de ER individualizado, com intervenções do EEER orientadas para a promoção da funcionalidade, da independência e da segurança da pessoa com AVC; e avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de ER, na recuperação funcional, na promoção da autonomia da pessoa e na capacitação e envolvimento da respetiva família.

O presente RCC encontra-se estruturado em cinco capítulos: introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e considerações finais. Tendo sido elaborado de acordo com as normas do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, tendo por referência o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA, 2022) e o Guia Orientador de Estágio – Estágio Profissionalizante (2025). As referências bibliográficas foram redigidas segundo as normas da *American Psychological Association* (APA), 7.ª edição (Lopes, 2021).

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## 1. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente RCC corresponde a um estudo descritivo, elaborado segundo as diretrizes metodológicas da *Checklist CARE 3* da *EQUATOR Network* (Anexo I). Esta abordagem sistematizada e estruturada, é adequada à análise de situações clínicas complexas, permitindo explorar, descrever e interpretar em profundidade fenómenos específicos, com objetividade, rigor e potencial de replicação noutros contextos (Riley et al., 2017). Este percurso metodológico contribui para o avanço do conhecimento em ER, alicerçando-se numa prática baseada na evidência e orientada pela identificação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções e avaliação/readaptação contínua do plano delineado em parceria com a pessoa/família. A colheita de dados foi elaborada através de uma entrevista estruturada (Anexo II), exame neurológico e exame físico, observação direta e consulta do processo clínico. De forma a assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados do Sr. A., foi obtido *a priori* o consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo III) e o parecer favorável da Comissão de Ética da ESSATLA (Anexo IV).

Destarte, este RCC apoia-se numa revisão da literatura científica conduzida com base nos descritores selecionados, recorrendo à plataforma *Google Scholar*, a bases de dados (*EBSCO Host*, *SciELO* e *Pubmed*) e literatura cinzenta. Mediante o facto da intervenção do EEER requerer uma postura crítica e reflexiva, importa a mesma ter por base as lentes dos referenciais teóricos, sendo que a seleção dos mesmos para o presente estudo foi orientada de acordo com a sua relevância para a ER e aplicabilidade no caso, conferindo robustez, coerência e profundidade à compreensão da situação do Sr. A

Reconhece-se, atualmente, que a Enfermagem — e em particular a ER — necessita de um corpo de conhecimentos próprio, sistematizado e sustentado em referenciais teóricos sólidos que reforcem a sua identidade disciplinar e promovam cuidados éticos, reflexivos, intencionais e de qualidade. O Processo de Enfermagem (PE) constitui, neste âmbito, a base estruturante da prática do EEER, orientando a tomada de decisão clínica, o pensamento crítico e a avaliação contínua dos resultados obtidos (Ribeiro et al., 2021). Assim, o RCC encontra-se ancorado nos contributos dos seguintes referenciais teóricos: *Fundamentals of Care Framework* desenvolvido por *International Learning Collaborative* (ILC) (Kitson, 2013); do *Person-centred Nursing Framework* de McCance e McCormack (McCance & McCormack, 2025); da Teoria das Transições de *Afaf Meleis* (2010) e do Modelo de Adaptação de *Callista Roy* (Tomey & Allgood, 2004).

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

A transição segura da pessoa para o domicílio após um AVC, constitui um processo complexo e dinâmico, pelo que requer do EEER a mobilização integrada de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos da comunidade, de forma a garantir um cuidar centrado na pessoa e orientado para a readaptação funcional e social (RNAO, 2025; Sousa et al., 2020). O diagrama criado (Apêndice I) representa a interligação entre os referenciais teóricos suprarreferidos e que orientam a prática do EEER, evidenciando a natureza integrada e contínua do processo de reabilitação.

No *Fundamentals of Care Framework* (Kitson, 2018) encontra-se a base estruturante do cuidar, centrada na relação terapêutica, na integração dos cuidados fundamentais e no contexto em que estes se desenvolvem. É neste alicerce relacional e ético que o EEER estabelece uma prática sustentada pela empatia, pela comunicação e pela confiança, criando as condições para um ambiente de cuidado seguro, humanizado e promotor de dignidade. Complementarmente, o *Person-Centred Nursing Framework* (McCormack & McCance, 2025) orienta a intervenção do EEER para o cuidar com a pessoa e a família, reconhecendo-os como parceiros ativos na construção e implementação do plano de cuidados. Este referencial enfatiza a importância de uma prática baseada na compreensão da individualidade, das crenças e dos valores, promovendo o *empowerment* e a corresponsabilização no processo de reabilitação.

A Teoria das Transições de *Meleis* (2010, 2012) introduz a dimensão do “quando” e “como” cuidar, ajudando o EEER a identificar e compreender as múltiplas transições vividas pela pessoa pós-AVC — saúde/doença, situacionais e organizacionais. O enfermeiro atua, assim, como facilitador, apoiando a adaptação e a reorganização da vida da pessoa e da sua família durante este período crítico, assegurando uma transição saudável, contínua e segura para o domicílio (Almeida et al., 2025; Lobo & Palma, 2024; Sousa et al. 2020). O Modelo de Adaptação de *Callista Roy* (Tomey & Alligood, 2004) representa o resultado adaptativo da reabilitação, conceptualizando a pessoa como um sistema aberto em interação com o meio, que responde aos desafios através de quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência. Assim, a intervenção do EEER encontra-se orientada para a readaptação funcional através da promoção de estratégias adaptativas perante as limitações decorrentes do AVC, garantindo a ocorrência de transições seguras.

No centro do diagrama surge a capacitação da tríade dos cuidados — Pessoa, Família e EEER, num movimento contínuo de aprendizagem e adaptação mútua. O EEER capacita a pessoa e a família através da aquisição de conhecimentos e capacidades, que promovem a autonomia e

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

independência da pessoa/família (Sousa et al., 2020). Em contrapartida, a complexidade e singularidade de cada situação das pessoas/famílias desafiam o próprio EEER a desenvolver novas competências, consolidando uma prática de excelência, adaptada às respostas humanas da pessoa e orientada para uma transição segura, contínua e de qualidade. O diagrama enfatiza ainda a permeabilidade e a interdependência entre os referenciais teóricos representados pelos círculos a tracejado, reconhecendo que estes não são estruturas estanques, mas sim dinâmicas, complementares e recíprocas. Esta articulação evidencia a capacidade do EEER adaptar, de forma criativa e contínua, a sua intervenção às mudanças contextuais, pessoais e organizacionais, assegurando um processo de reabilitação centrado na pessoa, seguro e promotor de qualidade de vida.

Dando continuidade ao PE, a elaboração de um plano de cuidados individualizado, centrado nos objetivos e respostas humanas da pessoa, é fundamental para promover o *empowerment*, sendo indispensável a monitorização sistemática da eficácia das intervenções, de modo a ajustar o plano em função da situação atual da pessoa. Neste contexto, o EEER assume a responsabilidade de maximizar a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa, potenciando as suas capacidades remanescentes (Regulamento n.º 392/2019).

Mediante a prática baseada na evidência, a seleção de instrumentos de avaliação válidos e fiáveis constitui uma etapa essencial na prática do EEER, pois possibilita a identificação rigorosa das respostas humanas da pessoa, o planeamento de intervenções individualizadas e a análise da sua efetividade. Estes instrumentos devem possuir propriedades psicométricas robustas (validade, sensibilidade e consistência), que sustentem a fiabilidade dos dados recolhidos (Sousa et al., 2023). Com o intuito de identificar as respostas humanas suscetíveis de intervenção em conjunto com o EEER, foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados, validados para a população portuguesa:

- *Cognição: Mini Mental State Examination (MMSE)*, um teste de rastreio cognitivo composto por seis domínios cognitivos (orientação; repetição; evocação verbal; atenção e cálculo; linguagem e construção visual), com pontuação máxima de 30 pontos. Valores mais elevados correspondem a melhor desempenho cognitivo, ajustado ao nível de escolaridade (Freitas et al., 2015);
- *Déficé Neurológico após AVC: National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*, ferramenta que quantifica os défices neurológicos em 11 itens do exame neurológico,

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

cuja pontuação varia entre 0 (*AVC minor*) e 42 (*AVC major*) (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025);

- Capacidade funcional: Medida de Independência Funcional (MIF), que avalia 18 itens das dimensões motora e cognitiva (autocuidados, controlo dos esfíncteres, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição social), pontuados entre 1 (dependência total) e 7 (independência). A pontuação total varia de 18 a 126 pontos, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011);
- Dor: Escala Numérica da Dor (END), que avalia a intensidade da dor de 0 (ausência) a 10 (máxima), sendo complementada pela monitorização dos sinais vitais, dado o seu impacto na reabilitação precoce e na adesão terapêutica (DGS, 2003);
- Força Muscular: Escala *Medical Research Council* (MRC) Modificada, selecionada pela sua maior sensibilidade na medição do desempenho motor. Atribui pontuações de 0 (ausência de contração) a 5 (força normal) (OE, 2020);
- Tónus Muscular: Escala de *Ashworth*, quantifica o grau de espasticidade de determinado segmento do corpo, sendo que a sua pontuação varia de 0 (sem presença de tónus muscular aumentado) a 4 (partes afetadas rígidas na flexão ou extensão) (OE, 2016);
- Perceção Subjetiva de Esforço: Escala Modificada de *Borg*, utilizada como parâmetro de segurança do exercício físico, em que a pessoa ao realizar uma determinada tarefa/exercício, classifica o seu esforço entre 0 (“muito, muito leve”) e 10 (“muito, muito forte”) (OE, 2020);
- Equilíbrio Corporal: Escala de Equilíbrio de *Berg*, com o objetivo de avaliar o equilíbrio, sendo composta por atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de alternância de decúbito, avaliação das transferências. Cada tarefa é pontuada de 0 (dependência total) a 4 (independência), perfazendo um total até 56 pontos- valores mais elevados refletem melhor equilíbrio e menor risco de queda (OE,2016);
- Risco de Queda: Escala de Queda de *Morse*, cuja pontuação varia entre 0 e 125, sendo considerado alto risco de queda quando o *score* é igual ou superior a 51 pontos (DGS, 2019);
- Perceção do medo de cair: *Falls Efficacy Scale- International* (FES-I) 7 itens, uma escala fiável cuja pontuação varia entre 7 e 28 pontos, revelando que uma pontuação igual ou superior a 15 pontos prediz o medo de cair (Marques-Vieira et al., 2021).

A aplicação integrada destes instrumentos permitiu caracterizar a pessoa nas diversas dimensões, orientar a tomada de decisão clínica e a priorizar as intervenções.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

### 1.1. Apresentação do Caso Clínico

O Sr. A. de 65 anos, sexo masculino, reformado, natural e residente na Guiné-Bissau com a sua esposa e os 8 filhos. Consciente, orientado nas três dimensões e evidencia uma barreira linguística. Encontra-se a residir temporariamente em Portugal, com o seu irmão e o seu filho mais velho, sendo este último o seu cuidador informal principal. O Sr.A., previamente independente nas AVD, atualmente apresenta uma dependência modificada (Apêndice II), com necessidade de ajuda parcial do seu filho na maioria das AVD. Quanto à sua história pregressa apresenta Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo II interrogado. Refere desconhecer alergias e não apresenta terapêutica habitual. Em dezembro de 2024, revelou um AVC isquémico do hemisfério esquerdo (Apêndice III), revelando um quadro neuromotor de hemiparésia direita, défice cognitivo ligeiro (Anexo V) e com alterações da linguagem importantes (afasia). O seu irmão numa consulta solicitou o internamento do Sr. A., no Centro de Reabilitação, em regime particular. O Sr. A. refere sentir-se motivado e tem como principais objetivos a melhoria da sua funcionalidade, revelando o aumento da sua independência, e a recuperação da comunicação verbal.

### 1.2. Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação

No momento da admissão (D0), e na presença do filho e do irmão do Sr. A., procedeu-se à realização de uma avaliação inicial abrangente (Apêndice IV). A análise cuidada das respostas humanas evidenciadas permitiu identificar aquelas que se mostravam mais significativas, posteriormente, foi efetuado o exame neurológico (Apêndice V). Durante o processo de observação clínica emergiram ainda outras respostas humanas, as quais, embora não diretamente relacionadas com o foco central deste RCC, justificaram intervenções específicas por parte do EEER. Assim, foram definidos como focos de atenção prioritários: Comunicação, Movimento muscular, Espasticidade, Equilíbrio corporal e Transferir-se. Esta etapa, alicerçada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (2019), possibilitou uma análise abrangente das respostas humanas, orientando a definição de objetivos e a elaboração de um plano de intervenção coerente e centrado na pessoa (Regulamento n.º 392/2019). Todo o processo foi sustentado no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2015), na Ontologia em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021) e na metodologia FITT-VP (Frequência, Intensidade, Tempo/duração, Tipo de exercício, Volume e Progressão), garantindo a individualização, pertinência e adequação do plano de cuidados às metas delineadas com a pessoa e família para o processo de reabilitação.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Tabela 1. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Dados: Alterações da linguagem (afasia); Dificuldades em comunicar/expressar; Interação social comprometida; Assimetria da face; Diminuição da força dos músculos da face do lado direito; Protusão da língua com desvio lateral.				
Instrumentos de recolha de dados: MMSE, Escala Modificada de Borg.				
Focos de Atenção	Objetivos	Diagnóstico de ER	Intervenções de ER	Prescrição de Exercício
COMUNICAÇÃO	Melhorar o controlo respiratório durante a comunicação verbal; Promover o fortalecimento da musculatura da mímica facial; Facilitar a comunicação verbal e não-verbal; Reduzir o isolamento social; Estimular a auto percepção e a motivação.	Comunicação comprometida	-Avaliar a capacidade do Sr.A. comunicar, através de questionário adaptado de (Moorhead et al.,2016); -Incentivar o Sr. A. a comunicar; -Executar treino de fonação (ex. pedir ao Sr. A. para dizer “ma ma ma”, “pa pa pa”); -Providenciar dispositivo auxiliar (tabela de comunicação- Apêndice VI); -Providenciar e executar o jogo terapêutico “ReHab Go- O desafio do ReStart Pós-AVC”, com apoio e supervisão cuidador/EEER (Apêndice VII); -Ensinar, instruir e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura da mímica facial em frente ao espelho (ex. encher a boca com ar, sorrir, mandar um beijinho, soprar a “língua da sogra”); -Instruir e treinar exercícios de estimulação cognitiva com foco nas alterações da linguagem (ex. sopas de letras, copiar palavras simples, repetir sequência de palavras).	<u><b>Frequência</b></u> Diária. <u><b>Intensidade</b></u> Frequência cardíaca (FC) (FC > 30 bpm mediante a FC em repouso); Escala Modificada de Borg que não ultrapasse o intervalo de 4-10 (Apêndice X). <u><b>Tempo/Duração</b></u> 3 a 5 minutos cada exercício. <u><b>Tipo de Exercício</b></u> Fortalecimento da musculatura da mímica facial. <u><b>Volume</b></u> 5 repetições, 1 série de cada exercício <u><b>Progressão</b></u>
		Potencial para melhorar o conhecimento do Sr. A. sobre o dispositivo auxiliar de comunicação (tabela de comunicação)	-Avaliar o conhecimento acerca da tabela de comunicação, através de questionar ao Sr.A. sobre a compreensão dos diversos elementos da tabela; -Ensinar sobre a tabela de comunicação (identificar cada elemento, explicar todos os elementos presentes e exemplificar o modo da sua utilização- ex. como referir que tem dor no braço?);	

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

		<b>Potencial para melhorar a capacidade do Sr. A. para o uso de dispositivo auxiliar de comunicação (tabela de comunicação)</b>	-Avaliar a capacidade do Sr.A. utilizar a tabela de comunicação (verificar se implementa estratégias de comunicação e se utiliza de forma adequada a tabela de comunicação); -Instruir e treinar sobre o uso da tabela de comunicação.	Aumentar a cada sessão, o número de séries e repetições, conforme tolerância do Sr.A.
		<b>Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre o dispositivo auxiliar de comunicação (tabela de comunicação)</b>	-Avaliar o conhecimento do cuidador do Sr.A. acerca da tabela de comunicação, através de questionar o cuidador sobre a compreensão dos diversos elementos da tabela e a sua utilização; -Ensinar o cuidador do Sr.A. sobre a utilização da tabela de comunicação.	
<b>Dados:</b> Limitação na mobilidade dos segmentos do hemicorpo direito associado ao AVC; Diminuição da força muscular e da mobilidade articular do hemicorpo direito do Sr.A.				
<b>Instrumentos de recolha de dados:</b> MRC Modificada, END, Escala Modificada de <i>Borg</i> .				
Focos de Atenção	Objetivos	Diagnóstico de ER	Intervenções de ER	Prescrição de Exercício
<b>MOVIMENTO MUSCULAR</b>	Determinar a evolução da força muscular do hemicorpo direito do Sr.A.; Melhorar a capacidade funcional do Sr.A. nas AVD.	<b>Movimento Muscular diminuído [Hemicorpo direito do Sr.A.]</b>	-Monitorizar a dor, através da END (Apêndice VIII); -Avaliar a força muscular através da MRC Modificada (Apêndice IX); -Executar, em padrão antiespástico no leito, a técnica de exercício muscular e articular, respeitando o limiar da dor e o limite da articulação do Sr.A.(mobilizações passivas e ativas-assistidas do hemicorpo direito, realizando os movimentos inerentes a todas as articulações e dissociação da cintura pélvica); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo e ativo-resistido do hemicorpo esquerdo, no leito (ex. com a utilização de pesos de 1kg).	<b>Frequência</b> 1x/tumo (Manhã, tarde e noite) <b>Intensidade</b> FC > 30 bpm mediante a FC em repouso; Escala Modificada de <i>Borg</i> que não ultrapasse o intervalo de 4-10. <b>Tempo/duração</b> 15 a 20 minutos

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

		<p><b>Potencial para melhorar o conhecimento do Sr.A. sobre técnicas de exercício muscular e articular</b></p>	<p>-Avaliar o conhecimento do Sr. A. sobre as técnicas aplicadas nos exercícios musculo-articulares, através de questionário adaptado de <i>Moorhead et al. (2016)</i>;</p> <p>-Ensinar o Sr. A. e o cuidador sobre técnicas de exercício muscular e articular e atividades terapêuticas (rolamento, ponte e facilitação cruzada).</p>	<p><b>Tipo de exercício</b> Relaxamento (alongamentos estáticos e dinâmicos) Força (exercícios de fortalecimento muscular) <b>Volume</b> 5 repetições, 1 série de cada exercício <b>Progressão</b> Aumentar a cada sessão, o número de séries e repetições, conforme tolerância do Sr.A. (Apêndice XV)</p>
		<p><b>Potencial para melhorar a capacidade do Sr.A. e cuidador para executar as técnicas de exercício muscular e articular</b></p>	<p>-Instruir e treinar com o Sr.A. e o seu cuidador (através do método <i>teach back</i>) a realizar: automobilizações, mobilizações passivas e ativas-assistidas do hemicorpo direito; atividades terapêuticas no leito- rolamento para o lado são e afetado, ponte e facilitação cruzada);</p> <p>-Instruir e treinar o Sr.A. para realizar exercícios isométricos: glúteos, abdominais, quadríceps, isquiotibiais no leito;</p> <p>-Avaliar a capacidade do Sr. A. e do seu cuidador realizarem as automobilizações, mobilizações passivas e ativas-assistidas do hemicorpo direito e atividades terapêuticas, verificando se ambos demonstram a capacidade para executar as técnicas de exercício muscular e articular);</p> <p>-Incentivar o Sr. A. a executar automobilizações na cadeira de rodas;</p> <p>-Supervisionar o desempenho do Sr.A. na realização das automobilizações e atividades terapêuticas, fornecendo o reforço positivo.</p>	
<p><b>Dados:</b> Resistência ao movimento das articulações do hemicorpo direito; Aumento do tônus muscular do hemicorpo direito; Consciencialização da relação dos exercícios musculo-articulares e o tônus muscular; Necessidade de aquisição de conhecimentos e capacidades sobre o padrão antiespástico.</p>				
<p><b>Instrumentos de recolha de dados:</b> END, Escala de <i>Ashworth</i>.</p>				
<b>Focos de Atenção</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Diagnóstico de ER</b>	<b>Intervenções de ER</b>	<b>Prescrição de Exercício</b>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<b>ESPASTICIDADE</b>	Determinar a evolução do tônus muscular do Sr.A.; Prevenir o padrão espástico do hemicorpo direito; Promover a proprioceção do Sr. A.; Melhorar a capacidade do Sr.A. e do cuidador acerca do padrão antiespástico	<b>Espasticidade em grau moderado [Hemicorpo direito do Sr.A.]</b>	-Avaliar o tônus muscular, através da Escala de <i>Ashworth</i> (Apêndice XI); -Monitorizar a dor, segundo a END (Apêndice VIII), no hemicorpo direito, aquando da sua mobilização; -Aplicar tala oroinsuflável (pneumática) braço e perna direita, durante 15 minutos, no leito; -Executar massagem terapêutica com creme hidratante, no hemicorpo direito do Sr.A.; -Executar técnicas de exercícios musculo-articulares no hemicorpo direito, em padrão antiespástico e respeitando o limiar da dor e da articulação; -Executar posicionamento no leito e na posição de sentado, em padrão antiespástico, utilizando almofadas; -Executar atividades terapêuticas no leito (ex. rolamentos, ponte e facilitação cruzada).	<b>Frequência</b> 1x/turmo (Manhã, tarde e noite) <b>Intensidade</b> FC > 30 bpm mediante a FC em repouso; Escala Modificada de Borg que não ultrapasse o intervalo de 4-10. <b>Tempo/duração</b> 15 a 20 minutos <b>Tipo de exercício</b> Relaxamento (alongamentos estáticos e dinâmicos) Força (exercícios de fortalecimento muscular) <b>Volume</b> 5 repetições, 1 série de cada exercício <b>Progressão</b> Aumentar a cada sessão, o número de séries e repetições, conforme tolerância do Sr.A.
		<b>Potencial para melhorar conhecimento do Sr. A. sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.</b>	-Avaliar o conhecimento do Sr.A. e do cuidador sobre técnicas de exercício muscular e articular, através de questionário adaptado de <i>Moorhead et al. (2016)</i> ; -Ensinar o Sr.A. e o seu cuidador sobre técnicas de exercício musculo-articular e sobre a técnica do padrão antiespástico; -Incentivar o Sr.A. e o seu cuidador a expressar as suas dúvidas e dificuldades.	
		<b>Potencial para melhorar a capacidade do Sr. A. e cuidador para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.</b>	-Instruir e treinar o cuidador para posicionar o Sr.A. em padrão antiespástico (através do método <i>teach-back</i> ); -Avaliar a capacidade do cuidador posicionar o Sr.A. em padrão antiespástico (ex. demonstrando no final da hora da visita, como realiza o posicionamento do Sr.A. no leito).	

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<p><b>Dados:</b> Controlo postural na posição de sentado e em pé; Capacidade de Equilíbrio Corporal estático/dinâmico na posição de pé; Conhecimento e aquisição de capacidades sobre técnica de equilíbrio corporal; Conhecimento sobre prevenção de quedas; Consciencialização sobre a relação entre os exercícios de fortalecimento muscular-articular, controlo postural e de equilíbrio.</p>				
<p><b>Instrumentos de recolha de dados:</b> Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i>, Escala de Quedas de <i>Morse</i>.</p>				
<b>Focos de Atenção</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Diagnóstico de ER</b>	<b>Intervenções de ER</b>	<b>Prescrição de Exercício</b>
<b>EQUILÍBRIO CORPORAL</b>	<p>Determinar a evolução do equilíbrio estático e dinâmico do Sr.A. na posição de pé; Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico do Sr. A. na posição de pé; Prevenir a ocorrência de quedas; Promover a capacidade de aquisição de técnica de adaptação do equilíbrio na posição de pé.</p>	<p><b>Equilíbrio Corporal comprometido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliar o equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i> (Apêndice XII);</li> <li>- Avaliar o risco de queda, através da Escala de Queda de <i>Morse</i> (Apêndice XIII);</li> <li>- Otimizar ambiente físico (avaliar a necessidade de adaptação do domicílio- aquisição de produtos de apoio (se aplicável), iluminação, tapetes fixos);</li> <li>- Estimular a manter equilíbrio corporal (correção postural quer sentado, quer na posição de pé);</li> <li>- Executar e orientar técnica de treino de equilíbrio (ex. flexão anterior do tronco na posição de sentado; sentar e levantar da cadeira, com e sem apoio; alternância unipodal com apoio; treino de vestir-se/despir-se na posição de sentado na cadeira de rodas);</li> <li>-Executar posição de pé no <i>standing frame</i>, cerca de 30 minutos/dia, com recurso à terapia de espelho para correção postural;</li> <li>- Gerir medidas de segurança, pedindo para o Sr. A., aquando do treino de marcha utilizar a sua canadiana e aquando das transferências, assegurar que a cadeira de rodas se encontra travada.</li> </ul>	<p><b>Frequência</b> 1x/turno (Manhã, tarde e noite)</p> <p><b>Intensidade</b> FC &gt; 30 bpm mediante a FC em repouso; Escala Modificada de Borg que não ultrapasse o intervalo de 4-10.</p> <p><b>Tempo/duração</b> 15 a 20 minutos</p> <p><b>Tipo de exercício</b> Relaxamento (alongamentos estáticos e dinâmicos) Força/Equilíbrio (exercícios de fortalecimento muscular e equilíbrio)</p> <p><b>Volume</b> 5 repetições, 1 série de cada exercício</p> <p><b>Progressão</b> Aumentar a cada sessão, o número de séries e repetições, conforme tolerância do Sr.A</p>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

		<p><b>Potencial para melhorar o conhecimento do Sr.A. sobre técnica de equilíbrio corporal.</b></p>	<p>-Avaliar o conhecimento do Sr. A. e do cuidador sobre técnica de equilíbrio corporal, através de questionário adaptado de <i>Moorhead et al. (2016)</i>; -Ensinar o Sr. A. e o cuidador sobre técnica de equilíbrio corporal (através dos exercícios suprarreferidos).</p>	
		<p><b>Potencial para melhorar a capacidade do Sr.A e do cuidador para utilizar técnica de equilíbrio corporal</b></p>	<p>- Instruir e treinar o Sr.A. e o cuidador sobre técnica de equilíbrio corporal, através do método <i>teach-back</i> (ex.correção postural recorrendo à terapia do espelho, equilíbrio estático e dinâmico sentado, equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé, sentar e levantar da cadeira com e sem apoio); - Avaliar a capacidade do Sr.A e do cuidador para executar as técnicas de equilíbrio corporal implementadas (ex. se demonstra capacidade para realizar as técnicas de equilíbrio corporal aquando das transferências).</p>	
<p><b>Dados:</b> Compromisso na capacidade de transferir-se de forma independente; Consciencialização da limitação no transferir-se; Necessidade de aquisição de conhecimentos e capacidades do Sr.A. e cuidador acerca da técnica de adaptação do transferir-se; Prevenção de Quedas; Redução do Medo de Cair.</p>				
<p><b>Instrumentos de recolha de dados:</b> MIF, Escala Modificada de <i>Borg</i>, Escala de Quedas de <i>Morse</i>, FES-I 7 itens.</p>				
<b>Focos de Atenção</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Diagnóstico de ER</b>	<b>Intervenções de ER</b>	<b>Prescrição de Exercício</b>
TRANSFERIR-SE	Determinar a evolução do Sr.A. no transferir-se; Assegurar a melhoria na capacidade do Sr.A. adaptar o transferir-se;	<b>Potencial para melhorar o conhecimento do Sr.A. e do cuidador sobre técnica de adaptação para transferir-se</b>	-Avaliar o conhecimento do Sr.A. sobre técnica de adaptação para transferir-se, através de questionário adaptado de <i>Moorhead et al. (2016)</i> ; -Ensinar o Sr.A. sobre a técnica de adaptação para o transferir-se (ex. realizar transferência para a cama ou cadeira através do lado são); -Ensinar exercícios de mobilidade no leito (ex. rolamento para o lado são e para o lado afetado, ponte); -Avaliar o medo de cair do Sr.A., através da FES-I 7 itens (Apêndice XIV);	<u><b>Frequência</b></u> 1x/turno (Manhã, e tarde) <u><b>Intensidade</b></u> FC > 30 bpm mediante a FC em repouso; Escala Modificada de <i>Borg</i> que não ultrapasse o intervalo de 4-10. <u><b>Tempo/duração</b></u>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	<p>Promover a capacitação do cuidador para a adaptação do transferir-se; Prevenir a ocorrência de quedas; Reduzir o medo de cair no transferir-se.</p>		<p>-Ensinar o Sr.A. sobre estratégias para a redução do medo de cair (ex. treino de transferência; sentar e levantar da cadeira; flexão anterior do tronco; agachamentos na posição de pé com apoio).</p>	<p>15 a 20 minutos <b>Tipo de exercício</b> Relaxamento (alongamentos estáticos e dinâmicos) AVD (transferência cama-cadeira; cadeira-sanita) <b>Volume</b> 2 a 3 transferências/dia <b>Progressão</b> Aumentar o número de transferências/dia, com redução do tempo despendido, conforme tolerância do Sr.A.</p>
		<p><b>Potencial para melhorar a capacidade do Sr.A. e do cuidador para usar técnica de adaptação para transferir-se</b></p>	<p>-Avaliar o grau de ajuda que o Sr.A. necessita no transferir-se (ex. no leito, cadeira de rodas, sanita), através da MIF (Apêndice II); -Avaliar a capacidade do Sr.A. para utilizar a técnica de adaptação para transferir-se (verificar a técnica que o Sr.A. realiza ao transferir-se, sob supervisão); -Instruir e treinar o Sr. A. e o seu cuidador sobre a técnica de adaptação para transferir-se (através do método <i>teach-back</i>); - Instruir, treinar e incentivar o Sr. A. para a realização de exercícios para a prevenção do medo de cair (ex. treino de transferência; sentar e levantar da cadeira; flexão anterior do tronco; agachamentos na posição de pé com apoio); -Incentivar o Sr.A. a frequentar o departamento da Unidade de AVD (ex. treino de transferências, utilização de produtos de apoio); - Supervisionar o desempenho do Sr.A. na realização das transferências, fornecendo o reforço positivo; - Incentivar o Sr.A. a expressar emoções, dúvidas e dificuldades.</p>	

## Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## 2. RESULTADOS

As intervenções foram planeadas e desenvolvidas em parceria com o Sr. A. e o seu cuidador, incentivando a participação ativa e a corresponsabilização no processo de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019; RNAO, 2025). A avaliação dos resultados decorreu ao longo de três semanas, em dois momentos distintos — avaliação inicial (D0) e final (D12) —, sendo este período condicionado pela interrupção antecipada do programa de reabilitação por motivos financeiros, o que impossibilitou a concretização integral do plano inicialmente previsto (ex. impossibilidade de realizar o jogo terapêutico com o Sr. A.) e limitou a análise comparativa aos momentos efetivamente realizados.

Tabela 2. Síntese dos Resultados Obtidos.

Focos de Atenção	Instrumento de Avaliação	Avaliação	
		Avaliação Inicial (D0)	Avaliação Final (D12)
COMUNICAÇÃO	Questionário adaptado de <i>Moorhead et al.</i> (2016), acerca da capacidade de expressão através da comunicação	Conhecimento <sup>1</sup> : Classificação 1 Apresenta afasia de difícil caracterização, decorrente da presença de uma barreira linguística marcada. Realizados ensinamentos referentes à tabela de comunicação e à sua utilização, bem como efetuada a devida instrução e treino, tanto ao Sr.A., como ao seu cuidador. Manifestou motivação com o processo de reabilitação (humor eutímico). -Comunicação Comprometida-	Conhecimento <sup>1</sup> : Classificação 2 Mantem afasia de difícil caracterização, decorrente da presença de uma barreira linguística marcada. O Sr.A. referiu encontrar-se satisfeito com a utilização da tabela de comunicação, revelando ao EEER identificar cada um dos itens que a compõe. Manifestou saudades da família (humor depressivo). -Comunicação Comprometida-
		-Movimento Muscular Diminuído-	-Movimento Muscular Diminuído-
MOVIMENTO MUSCULAR	MRC Modifica da (Apêndice e IX)		
	END (Apêndice e VIII)	Score de 3 pontos, aquando da mobilização passiva da articulação do cotovelo e da anca direita.	Score de 1 ponto, aquando da mobilização passiva da articulação do cotovelo e da anca direita.

<sup>1</sup> Adaptado de *Moorhead et al.* (2016): Legenda da capacidade de expressão através da comunicação: 1- Gravemente comprometido; 2- Substancialmente comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4- Levemente comprometido; 5- Não comprometido.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	Conhecimentos	Conhecimento <sup>2</sup> : Classificação 1	Conhecimento <sup>2</sup> : Classificação 2
	Capacidades	O Sr. A. e o seu cuidador revelam potencial para melhorar a capacidade para executar técnica musculo-articular (demonstrar automobilizações, mobilizações passivas e as atividades terapêuticas).	O Sr. A. e o seu cuidador revelam potencial para melhorar a capacidade para executar técnica musculo-articular (O Sr. A. consegue realizar as atividades terapêuticas no leito e automobilizações, mas o cuidador necessita de reforço nas mobilizações).
ESPASTICIDADE	Escala de Ashworth (Apêndice XI)	- Espasticidade em grau moderado-	Uma semana após realizar toxina botulínica ombro e cotovelo direito. - Espasticidade em grau moderado-
	Escala de Quedas de Morse (Apêndice e XIII)	Score: 65 pontos (Alto Risco de Queda)	Score: 50 pontos (Baixo Risco de Queda)
	Conhecimentos	Conhecimento <sup>2</sup> : Classificação 1	Conhecimento <sup>2</sup> : Classificação 2
	Capacidades	O Sr. A. e o seu cuidador revelam potencial para melhorar a capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico.	O Sr. A. e o seu cuidador mantêm potencial para melhorar a capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico.
EQUILÍBRIO CORPORAL	Escala de Equilíbrio de Berg (Apêndice e XII)	Score: 18 pontos (Equilíbrio Diminuído)	Score: 21 pontos (Equilíbrio Diminuído)
	Escala de Quedas de Morse (Apêndice XIII)		
	Conhecimentos	Conhecimento <sup>2</sup> : Classificação 1	Conhecimento <sup>2</sup> : Classificação 2

<sup>2</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016): Legenda do conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular: 1- Nenhum conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

<sup>3</sup> Adaptado de Moorhead et al. (2016): Legenda do conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

	Capacidades	O Sr. A. apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado eficaz, mas equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé ineficaz (potencial para melhorar a capacidade de técnica de equilíbrio corporal).	O Sr. A. apresenta equilíbrio estático eficaz na posição de sentado e em pé, mas equilíbrio dinâmico apenas eficaz na posição de sentado (potencial para melhorar a capacidade de técnica de equilíbrio corporal).
TRANSFERIR-SE	MIF (Apêndice II)	Score: 64 pontos (Dependência Modificada)	Score: 70 pontos (Dependência Modificada)
	FES-17 itens (Apêndice XIV)	Score: 20 pontos (Medo de Cair)	Score: 15 pontos (Medo de Cair)
	Conhecimentos	Conhecimento <sup>4</sup> : Classificação 1	Conhecimento <sup>4</sup> : Classificação 3
	Capacidades	O Sr. A. apresenta necessidade de ajuda moderada no transferir-se, mas revela potencial para melhorar a capacidade para realizar a técnica de adaptação no transferir-se, à semelhança do seu cuidador.	O Sr. A. apresenta necessidade de ajuda mínima no transferir-se, mas revela potencial para melhorar a capacidade para realizar a técnica de adaptação no transferir-se, à semelhança do seu cuidador.
Parâmetros de Segurança (exercício)	Sinais Vitais	130/81 mmHg 71 bpm 96%	142/76 mmHg 63 bpm 97%
	Escala de Borg (Apêndice X)	0 em repouso e 5 após treino de transferência/fortalecimento muscular/técnica de adaptação do equilíbrio.	0 em repouso e 2 após treino de transferência/fortalecimento muscular/técnica de adaptação do equilíbrio.

<sup>4</sup> Adaptado de: Moorhead et al. (2016): Legenda do conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

### 3. DISCUSSÃO

A intervenção do EEER na otimização da funcionalidade e na capacitação da pessoa com AVC revelou-se determinante, através da conceção de planos de cuidados individualizados, orientados para a readaptação funcional nas AVD no processo de transição saúde-doença, potenciando a neuroplasticidade e atuando de forma integrada nas dimensões motora, sensorial e cognitiva (Lobo & Palma, 2024). Embora os diagnósticos de ER se tenham mantido inalterados, os instrumentos evidenciaram ligeiras melhorias nos diferentes focos de atenção. Estas evoluções, ainda que discretas, traduzem ganhos mensuráveis e sensíveis aos cuidados, destacando-se a redução do risco de queda, a melhoria do equilíbrio corporal e o aumento ligeiro da independência funcional no que se refere às transferências. Estes resultados reforçam a relevância e o impacto da intervenção do EEER, uma vez que as melhorias percecionadas pelo Sr. A. e pelo cuidador foram corroboradas pelos *Patient-Reported Outcome Measures* (PROM) e *Patient-Reported Experience Measures* (PREM), confirmando a eficácia das intervenções e a satisfação com o processo de reabilitação (Benson, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desta forma, a capacitação da triade de cuidados emergiu como eixo central do processo de reabilitação, em particular, a aplicação do método *teach-back* permitiu consolidar o conhecimento e desenvolver competências, traduzindo-se em ganhos na autonomia, segurança e adaptação à nova condição, fundamentais para a transição segura para o domicílio (RNAO, 2023; Sousa et al., 2020). O plano de cuidados, delineado de forma personalizada e ajustado às respostas humanas, valores e preferências do Sr. A., refletiu os princípios do *Fundamentals of Care Framework* (Kitson, 2018) e do *Person-Centred Nursing Framework* (McCormack & McCance, 2025), que defendem um cuidar relacional, empático e centrado na pessoa/família. Por sua vez, a Teoria das Transições de Meleis (2012) e o Modelo de Adaptação de Roy (Tomey & Alligood, 2004) explicam o modo como o Sr. A. mobilizou respostas adaptativas eficazes face às limitações impostas pelo AVC, com o apoio do EEER enquanto facilitador da readaptação funcional e da integração na comunidade.

Assim, a intervenção do EEER, mesmo por tempo limitado, sustentada na capacitação da triade de cuidados, numa prática centrada na pessoa e baseada na evidência, conduz ao aumento da qualidade de vida e a transições seguras, adaptativas e humanizadas (Sousa et al., 2025; Meleis, 2012; Tomey & Alligood, 2004).

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

30

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente RCC reitera a responsabilidade do EEER na promoção da autonomia e independência da pessoa com AVC em processo de reabilitação. O plano de cuidados desenvolvido demonstrou que a intervenção do EEER, desde o internamento até à transição para o domicílio, assegura a continuidade e a qualidade dos cuidados, promovendo uma transição segura e ajustada à nova condição da pessoa. A reflexão sobre as competências do EEER revelou-se enriquecedora, sobretudo na conceção e implementação de um plano de cuidados orientado pelas respostas humanas do Sr. A., evidenciando a importância de uma postura crítica e reflexiva, alicerçada nos referenciais teóricos e abrangendo as diversas dimensões do cuidar com a pessoa e a família.

Os resultados evidenciaram ganhos sensíveis aos cuidados de ER e reforçam a importância de uma intervenção do EEER centrada e alinhada com as expectativas da pessoa e família, sustentando a sua responsabilidade como gestor da transição e promotor da readaptação funcional, no espaço onde as reais dificuldades se revelam -o domicílio. Embora o principal objetivo, relacionado com a recuperação da comunicação verbal, não tenha sido plenamente atingido, observou-se elevada satisfação com os cuidados prestados expressa pelo Sr. A./ família e refletida na capacitação para o uso de estratégias que mitigam as limitações comunicacionais e funcionais, favorecendo a reinserção na comunidade e a qualidade de vida. O desenvolvimento deste relato foi condicionado pela interrupção precoce do processo de reabilitação, o que limitou o acompanhamento longitudinal e a consolidação de novos ganhos. Destaca-se, contudo, a necessidade de expandir a investigação sobre a reabilitação de pessoas com a comunicação comprometida pós-AVC e sobre o impacto da capacitação da pessoa e família na transição para o domicílio, valorizando medidas de resultados reportadas pela pessoa/família e contribuindo para o desenvolvimento sustentado da prática da ER baseada na evidência.

Em suma, este RCC encontra-se em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 3 (Saúde de Qualidade) e 4 (Educação de Qualidade), reforçando o compromisso da ER com a excelência e a melhoria contínua dos cuidados (Organização das Nações Unidas, 2016). Esta prática, alicerçada na evidência científica e na colaboração transdisciplinar, baseia-se numa abordagem centrada na pessoa e reconhece a família e a comunidade como parceiros ativos no processo de reabilitação.

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

31

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica

CXXXV

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, E., Silva, M., Severino, S., Sousa, L. & Guerra, N. (2025). Rehabilitation Nursing Intervention with the Post-Stroke Person: Application of the Transitions Theory. *AG Salud*, 3(228). <https://doi.org/10.62486/sic2025228>

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

Baixinho, C. & Ferreira, Ó. (2020). Do hospital para a comunidade: a transição (in) segura. *Revista Baiana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.18471/RBE.V33.35797>

Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care. *BMJ Open Quality*. 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002516>

Cardoso, A., & Brito, A. (2024). Mais Enfermagem na Enfermagem. Em *Enfermagem Avançada* (pp.1-7). Lidel (Ed.).

Correia, T., Martins, M., Barroso, F., Pinho, L., Longo, J. & Valentim, O. (2023). The Family's Contribution to Patient Safety. *Nursing Reports*. 13 (2). 634-643. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020056>

Costa, N. (2019). *Treino orientado para a tarefa em doentes com AVC: Um modelo de intervenção em reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/19563>

Decreto nº31/2024, de 27 de janeiro. *Boletim Oficial da República da Guiné-Bissau*. <https://faolex.fao.org/docs/pdf/gbs235753.pdf>

Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República, Série I (157)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Direção-Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). Circular normativa nº 09/dgcg: *A Dor como 5º Sinal Vital*. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Direção-Geral da Saúde. (27 de dezembro 2011). Norma nº 054/2011: *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research. (2013). *The CAREGuidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development*. EQUATOR Network. <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

Escola Superior de Saúde Atlântica (2022). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações*. 1-39.

Escola Superior de Saúde Atlântica (2025). *Guia orientador de estágio- Estágio Profissionalizante: 2º ano-1º semestre*. 1-41.

Feigin, V., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M. & Rautalin, I. (2024). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*. 20 (2). 132-144. <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana I. (2015). *Mini Mental State Examination (MMSE)*. Em *Escalas e testes na demência- 3ª Edição* (pp.18-23). Novartis (Ed.).

International Council of Nurses (2019). *International Classification for Nursing Practice Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Jesus, T., Papadimitriou, C., Bright, F., Kayes, N., Pinho, C. & Cott, C. (2022). Person-Centered Rehabilitation Model: Framing the Concept and Practice of Person-Centered Adult Physical Rehabilitation Based on a Scoping Review and Thematic Analysis of the Literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 103 (1). 106-120. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.05.005>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide (Ed.). [www.health.adelaide.edu.au/nursing](http://www.health.adelaide.edu.au/nursing)

Lima, K. (2024). *Neuroplasticidade e Reabilitação- Estratégias Avançadas de Enfermagem para Maximização da Recuperação Funcional em Pacientes Pós-AVC*. [https://www.researchgate.net/publication/395767568\\_Neuroplasticidade\\_e\\_Reabilitacao\\_Estrategias\\_Avançadas\\_de\\_Enfemagem\\_para\\_Maximizacao\\_da\\_Recuperacao\\_Funcional\\_em\\_Pacientes\\_Pos-AVC](https://www.researchgate.net/publication/395767568_Neuroplasticidade_e_Reabilitacao_Estrategias_Avançadas_de_Enfemagem_para_Maximizacao_da_Recuperacao_Funcional_em_Pacientes_Pos-AVC)

Lobo, A. & Palma, T. (novembro de 2024). A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. <https://doi.org/10.51891/raase.v10i11.16910>

Lopes, C. (dezembro de 2021). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma apa (2020, 7ª edição)*. ISPA-CRL. ISBN: 978-989-8384-63-8

Marques- Vieira, C., Sousa, L., Baixinho, C., Reis, M., Pérez-Rivas, F. & Sousa, L. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30: e20190243, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

Matos, M. & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na Transição da Pessoa com Alteração Motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

McCance, T., & McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing*. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company (Ed.).

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5<sup>th</sup> edition). Wolters Kluwer Heath (Ed.).

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M., (2024). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Measurement of Health Outcomes* (7<sup>th</sup> Ed.). Elsevier

Mulhern, M. (2023). Cognitive Rehabilitation Interventions for Post-Stroke Populations. *Delaware Journal of Public Health*, 9 (3). 70-74. <https://doi.org/10.32481/djph.2023.08.012>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Stroke rehabilitation in adults: NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng236](http://www.nice.org.uk/guidance/ng236)

O' Donoghue, M, Boland, P., Leahy, S., Galvin, R., McManus, J., Lisiecka, D. & Hayes, S. (2022). Exploring the perspectives of key stakeholders on the design and delivery of a cognitive rehabilitation intervention for people post-stroke. *PLoS ONE*, 17 (6). 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269961>

OECD/European Commission. (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. 1-233. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca.*

<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ontologia de Enfermagem: Plataforma Online.*

<https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

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

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio\\_v8\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf)

Organização das Nações Unidas. (2016). *Guia para o Desenvolvimento Sustentável- 17 Objetivos para Transformar o Mundo.*

[https://e4k4c4x9.delivery.rocketcdn.me/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG\\_brochure\\_PT-web.pdf](https://e4k4c4x9.delivery.rocketcdn.me/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf)

Paiva, L. (2016). *Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos institucionalizados e não institucionalizados, praticantes de exercício físico regular, através da Escala de Equilíbrio de Berg.* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria].

Repositório do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/2433>

Platz, T. (2021). *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations.* Springer (Ed.).

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1>

Portugal Angels Nurse Task Force. (janeiro de 2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral.*

[https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)

Registered Nurses Association of Ontario (abril de 2007). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence.*

<https://rmao.ca/bpg/guidelines/embracing-cultural-diversity-health-care-developing-cultural-competence>

Registered Nurses Association of Ontario (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4ª edição). [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Registered Nurses Association of Ontario. (junho de 2023). *Transições nos Cuidados e Serviços- 2ª Edição*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>

Registered Nurses Association of Ontario (2025). *Person- and Family-Centred Care*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II (26)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II (85)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Reis, G. & Bule, M. (2021). *Capacitação e Atividade de Vida*. Em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida (pp.53-67). Lusodidacta (Ed.).

Ribeiro, O., Moura, M. & Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. Em Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas (pp.48-57). Lidel (Ed.).

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

Romero, J. & Sur, N. (2025). October 2025 Stroke Highlights. *Stroke*, 56 (10). <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.125.053298>

Santos, J., Campos, C. & Martins, 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). <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Sousa, L., Albuquerque, G., Guerra, N., Severino, S. & Faleiros, F. (2025). Transformation and Leadership in Rehabilitation Nursing: Driving Person-Centered Care

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

from an Academic Perspective. *Nursing Depths Series*, 4 (418).  
<https://doi.org/10.56294/nds2025418>

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). *Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação*. Em *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.113-121). Lusodidacta (Ed.).

Sousa, L., Martins, M. & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1).  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sun, X., Shi, Y., Liu, C., Wang, S., Li, D., Zhu, X., Pan, K., Wang, H. & Zhang, H. (2025). Experience and needs of stroke patients in physical rehabilitation: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 25 (1062).  
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13213-7>

Tanlaka, E., McIntyre, A., Connelly, D., Guitar, N., Nguyen, A. & Snobelen, N. (2023). The Role and Contributions of Nurses in Stroke Rehabilitation Units: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45 (8), 764-776.  
<https://doi.org/10.1177/01939459231178495>

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra- Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª edição)*. Lusociência (Ed.).

World Health Organization. (2020). *Health profile: guinea-bissau*.  
<https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/guinea-bissau>

Yang, C., Zhao, J., Xie, H., Wang, H., Xiaoting, L., Hua, L., Liang, L. (2021). Effects of early rehabilitation nursing intervention on nerve function and daily living in patients with stroke hemiplegia. *American Journal of Translational Research*, 13(10). 11842-11850. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34786113/>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## APÊNDICES

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice I | Diagrama do Referencial Teórico do Relato de Caso Clínico

Figura 1. Diagrama do Referencial Teórico do RCC.



(Kitson, 2018; McCance & McCormack, 2025; Meleis, 2010; Tomey & Alligood, 2004).

## Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## Apêndice II| Medida de Independência Funcional

PARAMETROS		SCORE	
Avaliação		Inicial	Final
<b>MOTORA</b>			
Autocuidado	Alimentar-se	4	4
	Arranjar-se	5	5
	Banho	4	4
	Vestir a parte superior do corpo	4	5
	Vestir a parte inferior do corpo	3	4
	Ir à casa de banho	4	4
	Controle de esfíncteres	Controle vesical	7
Controle intestinal		7	7
Transferências	Leito, Cadeira, cadeira de rodas	3	4
	Sanitário	3	4
	Banheira, chuveiro	3	4
Locomoção	Marcha/ cadeira de rodas	4	4
	Escadas	1	1
<b>SCORE MOTOR SUBTOTAL</b>		52	57
<b>COGNITIVA</b>			
Comunicação	Compreensão	5	5
	Expressão	2	2
	Interação social	2	3
Cognição social	Resolução de problemas	2	2
	Memória	1	1
<b>SCORE COGNITIVO SUBTOTAL</b>		12	13
<b>TOTAL DO SCORE MOTOR E COGNITIVO</b>		<b>64</b> (Dependência modificada)	<b>70</b> (Dependência modificada)

Fonte: Ordem dos enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/documents/2017/instrec\\_olhadadosdocumentacaocuidenfreabilitacao\\_final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/documents/2017/instrec_olhadadosdocumentacaocuidenfreabilitacao_final_2017.pdf)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice III | *National Institute of Health Stroke Scale*

<i>National Institute of Health Stroke Scale</i>	
<p><b>1a Consciência</b></p> <p>0 = Acordado 1 = Sonolento 2 = Estuporado 3 = Comatoso</p>	<p><b>6a Manter a perna esquerda erguida</b></p> <p>0 = Perna esquerda normal em 5 segundos 1 = A perna desvia lentamente para baixo 2 = A perna desvia rapidamente para baixo 3 = A perna cai 4 = Sem movimento ou com</p>
<p><b>1b Orientação</b></p> <p>0 = Não, idade correta e pronomes corretos 1 = Uma correta ou endereço, dia/mês/ano ou linguagem errada 2 = Nenhuma correta, ou endereço ou linguagem</p>	<p><b>6b Manter a perna direita erguida</b></p> <p>0 = Perna direita normal em 5 segundos 1 = A perna desvia lentamente para baixo 2 = A perna desvia rapidamente para baixo 3 = A perna cai 4 = Sem movimento ou com</p>
<p><b>1c Comandos sequenciais</b></p> <p>0 = Obedece a ambos corretamente 1 = Obedece a um 2 = Não obedece a nenhum comando, ou comete erro</p>	<p><b>7 Ataxia</b></p> <p>0 = Simultânea, o desvio não compensa o movimento 1 = Ataxia em 1 membro 2 = Ataxia em 2 membros</p>
<p><b>2 Olhar</b></p> <p>0 = Normal 1 = Paralisia parcial (H, RL, RL, M) ou desvio que consegue seguir 2 = Desvio fixo</p>	<p><b>8 Sensibilidade</b></p> <p>0 = Normal 1 = Paralisia sensorial leve 2 = Paralisia sensorial total ou com</p>
<p><b>3 Campo visual</b></p> <p>0 = Normal 1 = Quadro superior ou inferior 2 = Hemianopsia completa 3 = Esporádica</p>	<p><b>9 Linguagem</b></p> <p>0 = Normal 1 = Dificuldade em encontrar palavras, ataxia léxica 2 = Dificuldade em entender e compreender 3 = Ataxia da fala, o conteúdo não faz ou comete erro 4 = Sem discurso 5 = Discurso bem evidente 6 = Discurso dificilmente compreensível ou incoerente</p>
<p><b>4 Movimento facial</b></p> <p>0 = Normal 1 = Ligera paralisia central, prega nasolabial achatada 2 = Paralisia central evidente na parte superior 3 = Paralisia bilateral ou paralisia ou com</p>	<p><b>10 Disartria</b></p> <p>não responde ou com</p>
<p><b>5a Manter o braço esquerdo erguido</b></p> <p>0 = Braço erguido no movimento durante 30 segundos 1 = O braço desvia lentamente para baixo 2 = O braço desvia rapidamente para baixo 3 = O braço cai 4 = Sem movimento ou com</p>	<p><b>11 Extinção</b></p> <p>0 = Sem anormalidades 1 = Extinção de uma metade superior ou inferior do lado da extensão 2 = Extinção de ambas as metades superior e inferior</p>
<p><b>5b Manter o braço direito erguido</b></p> <p>0 = Braço erguido no movimento durante 30 segundos 1 = O braço desvia lentamente para baixo 2 = O braço desvia rapidamente para baixo 3 = O braço cai 4 = Sem movimento ou com</p>	
<b>Avaliação:</b>	<p><b>Avaliação Inicial</b> <b>(D0)</b> <b>Score Total:</b> 16 pontos (AVC moderado, presença de défices significativos).</p>

Fonte: Portugal Angels Nurse Task Force. (Janeiro de 2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral*. [https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice IV| Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação**

O Sr. A. de 65 anos, sexo masculino, natural e residente na Guiné-Bissau com a sua esposa e os 8 filhos. Refere ter o ensino superior e encontra-se reformado da profissão de secretário de contabilidade na repartição de finanças da Guiné-Bissau. Consciente e orientado nas três dimensões. Evidencia uma barreira linguística, sendo colmatada através da comunicação por gestos, imagens e palavras simples. Encontra-se a residir temporariamente em Portugal, com o seu irmão e o seu filho mais velho, sendo este último o seu cuidador informal principal. Residem num apartamento no 3º andar com elevador, que apresenta uma rampa de acesso ao exterior, com condições de salubridade e uma casa de banho com banheira.

Refere que, após o processo de reabilitação, tenciona regressar à Guiné-Bissau, onde apresenta uma casa térrea, sem escadas e com uma casa de banho que possui uma base de duche. O Sr.A., previamente independente nas AVD, atualmente apresenta uma dependência modificada (Apêndice II), com necessidade de ajuda parcial do seu filho na maioria das AVD. Quanto à sua história pregressa apresenta Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo II interrogado. Refere desconhecer alergias medicamentosas e/ou alimentares. Não apresenta terapêutica habitual.

Em dezembro de 2024, revelou um AVC isquémico do hemisfério esquerdo, em território perfurante da artéria cerebral média esquerda e artérias cerebrais anterior e posterior, revelando um quadro neuromotor de hemiparesia direita, défice cognitivo ligeiro e com alterações da linguagem importantes. Encontra-se em Portugal há cerca de 1 mês para acompanhamento e recuperação das sequelas inerentes ao AVC em regime de ambulatório, sendo que o seu irmão numa consulta solicitou o internamento do Sr. A., no Centro de Reabilitação, em regime particular.

No momento da admissão, o Sr. A., apresentava-se calmo, colaborante e com um humor eutímico. Com alterações da acuidade visual, que revela serem prévias ao AVC, mas que foram agravadas pelo mesmo, pelo que utiliza óculos. Apresenta acuidade auditiva mantida. Revela uma afasia de difícil avaliação decorrente da barreira linguística (discurso não fluente, compreende, nomeia, repete). Revela parésia da face à direita, com desvio da comissura labial. Eupneico em ar ambiente, com saturação periférica de oxigénio de 96%, sem sinais de dificuldade respiratória. Respiração de predomínio

## Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

abdominal, com acessos de tosse seca ocasionais. À inspeção e palpação sem presença de assimetrias do tórax. Apresenta intolerância à atividade a médios esforços (5 pontos na Escala de *Borg* aquando da transferência cama-cadeira). Normotenso (130/81 mm Hg). Normocárdico (71 batimentos por minuto). Apirético. Refere dor 3 na região das articulações do cotovelo e anca do hemicorpo direito (segundo END), dor tipo pontada que agrava com a mobilização e reverte com repouso. Pele e mucosas coradas e secas, sem alterações da integridade (Escala de *Braden*- 19 ponto- baixo risco de úlcera de pressão). Quanto à terapêutica prescrita no momento da admissão:

Terapêutica	Dose	Posologia	Via de Administração	Horário
Losartan+ Hidroclorotiazida	100mg+ 12.5mg	1	Oral	9h
Gabapentina	100 mg	1	Oral	9h/21h
Paracetamol	1000 mg	1	Oral	SOS, se dor.
Metamizol Magnésico	575 mg	1	Oral	SOS, se dor.
Macrogol (Polietilenoglicol)	1 saqueta	1	Oral	SOS, se obstipação.

Necessita de ajuda mínima no alimentar-se (ex. preparação do prato) e apresenta um regime de dieta geral. Com presença de disfagia ligeira, compensada utilizando estratégias como a utilização de espessante (5ml- consistência néctar), utilização do espelho durante as refeições e flexão anterior da cabeça.

Apresenta força grau 5/5 (força normal) na região do hemicorpo à esquerda em todos os segmentos, força grau 1/5 (contração muscular visível) na região dos dedos da mão direita, punho e antebraço direito, força grau 2/5 (movimento ativo com eliminação da gravidade) na região do cotovelo e ombro direito. Revela força grau 1/5 (contração muscular visível) na região dos dedos do pé direito, força grau 2/5 (movimento ativo com eliminação da gravidade) na região da tibiotársica (concomitantemente apresenta clónus esgotável nesta região) e força grau 3/5 (movimento ativo contra gravidade) na região do joelho e anca direita, segundo a escala MRC Modificada.

Quanto ao tónus muscular, apresenta grau 0/4 (tónus muscular normal) no hemicorpo esquerdo, grau 2/4 (aumento mais acentuado no tónus muscular durante a maioria da

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

amplitude de movimento, mas as partes afetadas são facilmente movidas) na região dos dedos da mão e punho direito, grau 3/4 (aumento considerável do tônus muscular, movimento passivo difícil) na região do cotovelo e da escapulo-umeral. Revela tônus muscular grau 1+4 (ligeiro aumento do tônus com tensão abrupta seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento articular) na região dos dedos do pé direito, grau 1/4 (ligeiro aumento do tônus com tensão momentânea/resistência mínima no final da amplitude do movimento articular) na região da tibiotársica, grau 2/4 (aumento mais acentuado no tônus muscular durante a maioria da amplitude de movimento, mas as partes afetadas são facilmente movidas) na região do joelho e da coxo-femoral, segundo a escala de *Ashworth*.

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, mas com equilíbrio estático e dinâmico comprometido na posição de pé (Equilíbrio diminuído com 18 pontos, segundo a Escala de Equilíbrio de *Berg*). Apresenta alto risco de queda (65 pontos na Escala de Quedas de *Morse*) e refere que apresenta medo de cair aquando das transferências, sobretudo da cama para a cadeira. Nas transferências (para o leito, cadeira, cadeira de rodas; para a sanita e chuveiro) necessita de ajuda para passar da posição de sentado para a posição de pé. Com capacidade para realizar marcha em curtas distâncias em piso regular, com canadiana do lado esquerdo. Apresenta marcha em padrão espástico e em “foice”, com necessidade de ajuda parcial (apoio unilateral) durante a marcha.

Abdómen depressível e indolor à palpação. Apresenta autocontrolo da continência urinária e intestinal eficaz, urina no urinol e necessita de ajuda mínima para ir à casa de banho. Refere padrão de sono e repouso eficaz.

O Sr. A. refere como principais objetivos a melhoria da sua funcionalidade, revelando o aumento da sua independência, e a recuperação da comunicação verbal. Pelo que em conjunto com o EEER e a sua família, foram delineados os seguintes objetivos: Incentivar a comunicação verbal eficaz; Promover a reabilitação cognitiva; Promover o fortalecimento muscular; Prevenir o padrão espástico do hemicorpo direito (controlo da espasticidade); Melhorar a tolerância ao esforço; Promover um equilíbrio corporal estático e dinâmico eficaz na posição de pé; Promover a realização de transferências seguras (cama-cadeira); Melhorar a capacidade de adaptação das AVD com a utilização de produtos de apoio; Promover a capacitação do filho para a realização das AVD.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apresenta visitas regulares do filho, que se encontra motivado e disponível para a aquisição de conhecimentos e capacidades durante o processo de reabilitação do Sr.A.. Decorrente do motivo de se encontrar em regime particular de internamento, por opção familiar, não irá ao domicílio durante o fim de semana.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice V | Exame Neurológico na Admissão

Item de Avaliação	Avaliação	Observações
<b>1. Estado Mental</b>	<b>MMSE:</b> Score Total: 22 pontos (défice cognitivo ligeiro)	Com dificuldade na consecução do MMSE por presença de barreira linguística.
<b>2. Pares Cranianos</b>	I- Sem alterações.	
	II- Acuidade visual alterada, cegueira do olho direito. Refere agravamento do quadro após AVC.	Acuidade visual alterada, previamente ao AVC, existindo a necessidade de utilizar óculos.
	III- Apresenta reflexo pupilar reduzido no olho direito e ptose palpebral ligeira do olho direito.	
	IV- Apresenta reflexo pupilar reduzido no olho direito e ptose palpebral ligeira do olho direito.	
	V- Com presença de sensibilidade reduzida na região do hemisfério direito e apresenta desvio da comissura labial do lado direito.	
	VI- Apresenta reflexo pupilar reduzido no olho direito, com parésia do nervo oculomotor e ptose palpebral ligeira do olho direito.	
	VII- Sem alterações do palato no terço anterior da língua. Mas apresenta desvio da comissura labial à direita.	Com presença de disfagia ligeira a líquidos, compensada utilizando estratégias como a utilização de uma pequena quantidade de espessante (5ml), utilização do espelho durante as refeições e flexão anterior da cabeça.
	VIII- Apresenta acuidade auditiva mantida, mas com equilíbrio corporal comprometido na posição de pé.	
	IX- Sem alterações do palato do terço posterior da língua e apresenta reflexo do vômito.	
	X- Sem alterações do tom de voz, apresenta reflexo de vômito.	
	XI- Apresenta assimetria na região do hemisfério direito.	
	XII- Revela protusão da língua com desvio para a direita.	

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

3. Nervos Motores	Força Muscular (MRC Modificada): Ver Apêndice IX. Tónus Muscular ( <i>Ashworth</i> ): Ver Apêndice XI. Clónus presente- Sim/Não (região da tibiotársica)	
4. Nervos Sensitivos	<b>Sensibilidade Superficial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tátil- Alterada no hemicorpo direito.</li> <li>• Dolorosa- Alterada no hemicorpo direito.</li> <li>• Térmica- Alterada no hemicorpo direito.</li> </ul> <b>Sensibilidade Profunda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proprioceptiva/Postural- Alterada no hemicorpo direito.</li> <li>• Vibratória- Alterada no hemicorpo direito.</li> <li>• Epicrítica- Alterada (não discrimina, nem reconhece objetos/números na mão do lado esquerdo).</li> </ul>	
5. Reflexos	-----	Não existiu oportunidade de avaliar os reflexos durante o internamento.
6. Coordenação Motora	<u>Marcha:</u> Com capacidade para realizar marcha em curtas distâncias em piso regular, com canadiana do lado esquerdo. Apresenta marcha em padrão espástico e em “foice”, com base de sustentação alargada, com necessidade de ajuda parcial (apoio unilateral) durante a marcha, nomeadamente nas mudanças de direção e com necessidade de correção em padrão antiespástico.  <u>Coordenação:</u> Cumpriu prova dedo-nariz e calcanhar-joelho com sucesso e sem dificuldade.  <u>Equilíbrio:</u> Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado eficaz, mas equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé pouco eficaz.	
7. Sistema Nervoso Autônomo	Sem alterações da Tensão Arterial, na posição de deitado, sentado e na posição de pé. Com alterações do reflexo pupilar no olho direito.	
8. Parâmetros Vitais	T°C: 36,3°C FC: 71bpm TA: 130/81 mmHg SPO2: 96 % Dor (END): Apresenta dor na região do cotovelo e anca do hemicorpo direito, aquando da mobilização.	
9. Nível de Consciência	Consciente e orientado nas três dimensões.	

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice VI | Tabela de Comunicação

10 PIOR DOR QUE JÁ SENTIU

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 SEM DOR

CORPO

**TABELA DE COMUNICAÇÃO**

Realizado por:  
Beatriz Novo, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da  
Escola Superior de Saúde Atlântica  
Sob Supervisão Clínica de

COMIDA	ÁGUA	MEDICAMENTO	DORMIR	BANHO	ROUPA	LAVAR OS DENTES	WC	URINAR
EVACUAR	TELEMÓVEL	CARREGADOR	CADEIRA DE RODAS	CAMA	SUBIR	DESCER	MÚSICA	ESCREVER
ENFERMEIRA/O	MÉDICO/A	FAMÍLIA	TV	ÓCULOS	TONTURA	TOSSE	VÔMITO	AJUDA
ONTEM	HOJE	AMANHÃ	ESPELHO	LUZ	DIA	NOITE	TALA	TABULEIRO

**EMOÇÕES**

— — — — — +

SIM

NÃO

NÃO PERCEBI

ESPERA/DEVAGAR

REPETE

DEPARTAMENTO

CASA

FRIO

CALOR

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

## Apêndice VII | Jogo Terapêutico



### ✿ MANUAL DO JOGO TERAPÊUTICO ✿

#### “REHAB GO – O DESAFIO DO RESTART PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL”

##### Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa, em Portugal, a principal causa de mortalidade e de incapacidade adquirida, originando alterações motoras, cognitivas e emocionais que comprometem significativamente a autonomia e o desempenho das atividades de vida diária (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025). Face a estes desafios, a reabilitação das pessoas com AVC apoia-se nos princípios da neuroplasticidade, definida como a capacidade do sistema nervoso central de reorganizar as suas ligações sinápticas em resposta a estímulos repetitivos, funcionais e significativos (Lima, 2024). A estimulação cognitiva desempenha um papel central neste processo, uma vez que a ativação de redes neuronais associadas à atenção, memória, linguagem e funções executivas potencia a reorganização adaptativa do cérebro após lesão (Araújo et al., 2021). O treino orientado por tarefa (TOT), ao integrar simultaneamente componentes motoras e cognitivas, cria um ambiente terapêutico neuroestimulante que favorece a reeducação e a readaptação funcional, respondendo às atuais recomendações internacionais para a reabilitação pós-AVC (Costa, 2019).

O jogo terapêutico *ReHab Go – O Desafio do ReStart pós-AVC* (Apêndice I) surge como um instrumento inovador que operacionaliza estes princípios, utilizando a gamificação como estratégia terapêutica avançada. O jogo está alinhado com o paradigma dos cuidados centrados na pessoa, tal como preconizado pela *Registered Nurses Association of Ontario* (2015) e pelo Regulamento n.º 392/2019, enfatizando a personalização dos cuidados, a promoção da autonomia e o empoderamento da pessoa e da família no processo de tomada de decisão. A prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume aqui uma responsabilidade preponderante, com competência científica e autónoma na prescrição de intervenções individualizadas, baseadas em evidência e orientadas para ganhos em funcionalidade. Assim, o *ReHab Go* constitui mais do que um recurso lúdico: é um instrumento estruturado que integra movimento, cognição e Atividades de Vida Diária (AVD) para maximizar a



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

recuperação funcional, promover a reintegração social e contribuir para a melhoria na qualidade de vida da pessoa pós-AVC.

**1. Objetivos**

**a. Objetivo Geral**

- Promover a reeducação e a readaptação funcional da pessoa pós-AVC através da aplicação do jogo terapêutico *ReHab Go*.

**b. Objetivos Específicos**

- Incentivar a estimulação cognitiva através de tarefas motoras e cognitivas estruturadas, promovendo a ativação de mecanismos de neuroplasticidade e a reeducação funcional, com base no modelo do treino orientado por tarefa.
- Maximizar o controlo motor, a coordenação, o equilíbrio e a motricidade fina, por meio de exercícios repetitivos e significativos que favoreçam a integração sensório-motora e a transferência das capacidades adquiridas para o seu quotidiano.
- Fomentar a autonomia e a readaptação funcional nas AVD, reforçando a capacidade da pessoa para o autocuidado, a tomada de decisão e a participação ativa no seu processo de reabilitação.

**2. População-Alvo**

Este jogo destina-se a pessoas adultas e idosas em processo de reabilitação pós-AVC, com défice neurológico leve a moderado, que apresentem potencial para melhorar a capacidade motora, cognitiva e funcional.

**a. Critérios de Inclusão e Exclusão**

**Critérios de Inclusão**

- Diagnóstico confirmado de AVC (isquémico ou hemorrágico), em fase subaguda ou crónica.
- Déficit motor ou cognitivo leve a moderado, com potencial de reabilitação.
- Capacidade de seguir instruções simples (com ou sem ajuda verbal).
- Score total do *Mini Mental State Examination* (MMSE), com capacidade cognitiva de acordo com a escolaridade da pessoa.
- Capacidade de manter postura sentada ou ortostatismo com supervisão ou ajuda parcial.
- Motivação e disponibilidade para participar no processo de reabilitação.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**CrITÉRIOS de Exclusão**

- Instabilidade hemodinâmica (ex.: dor torácica, arritmias não controlada, dispneia grave, tonturas).
- Défice cognitivo severo que comprometa a compreensão das tarefas (MMSE com score total sem capacidade cognitiva).
- Agitação psicomotora, delírio ou alterações comportamentais incompatíveis com a participação segura.
- Presença de dor intensa ( $\geq 4$  na Escala Numérica da Dor (END)) que impeça a execução das tarefas.
- Fadiga extrema ou intolerância ao esforço identificada pela Escala de Borg ( $>10$ ).
- Rejeição expressa ou ausência de motivação por parte da pessoa.

**3. Metodologia**

A implementação deste jogo tem por base a metodologia do **FITT-VP** (frequência, intensidade, tempo, tipo de exercício, volume e progressão), a mesma permite individualizar a intervenção, garantir a segurança, a eficácia e a monitorização sistemática da evolução da pessoa alvo de cuidados.

**a. Frequência**

A frequência de aplicação do jogo está estabelecida **até três sessões por semana** (no total de 8 semanas), preferencialmente durante o turno da tarde, período em que se observa maior disponibilidade dos profissionais e menor interferência com a gestão de horários dos departamentos. Esta periodicidade permite garantir o estímulo terapêutico adequado, respeitando os princípios da neuroplasticidade e evitando a fadiga extrema.

**b. Intensidade**

O principal parâmetro de segurança utilizado para avaliar a intensidade da sessão consiste na **Escala Modificada de Borg**, sendo que o seu score não deverá ultrapassar o **intervalo de 4-10**, por forma a não comprometer a adesão e a segurança da pessoa.

**c. Tempo/Duração**



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

A duração de cada sessão está estabelecida entre **20 a 30 minutos**, sendo ajustada de forma individualizada em função da tolerância ao esforço e do nível de motivação demonstrado pela pessoa em processo de reabilitação e das condições operacionais do serviço, nomeadamente no que respeita à disponibilidade de recursos humanos e ao espaço físico adequado à intervenção.

**d. Tipo de Exercício**

O jogo integra exercícios estruturados em três domínios fundamentais da reabilitação: **motor, cognitivo e atividades de vida diária (AVD)**. Esta abordagem multimodal potencia a integração funcional entre corpo e mente, promovendo a transferência das capacidades adquiridas para o contexto real.

**e. Volume**

Cada sessão compreende a realização de **10 a 20 casas** do jogo.

**f. Progressão**

A progressão é determinada pelo EEER, com base na avaliação sistemática da evolução funcional da pessoa. Poderá consistir no **aumento do número de casas jogadas**, na **introdução de tarefas de maior complexidade**, ou na **redução do apoio necessário à execução** (passando, por exemplo, de ajuda total para ajuda moderada ou supervisionada). Esta progressão gradual responde ao princípio da sobrecarga, essencial para promover a adaptação neuromuscular e cognitiva.

**4. Materiais Necessários**

Quanto ao material necessário à realização deste jogo será a caixa referente ao mesmo disponível no serviço, um cronómetro, cadeira/cadeira de rodas, a folha de registo da sessão e o questionário breve da satisfação da pessoa.

**5. Descrição da Geral do Jogo**

O jogo pode ser implementado em contexto individual ou a pares, permitindo a adaptação da dinâmica terapêutica à capacidade funcional, motivacional e à individualidade de cada pessoa. Cada participante dispõe de um marcador (pino) e progride no tabuleiro através do lançamento de um dado, avançando por 40 casas numeradas. O objetivo central consiste em alcançar a casa final com o maior nível de independência funcional na concretização das tarefas, refletindo a aquisição de capacidades e a evolução no processo de reabilitação.



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica





Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

As casas estão estrategicamente distribuídas por três domínios das competências do EEER (Regulamento nº392/2019) – motor, cognitivo e atividades de vida diária (AVD) – permitindo uma intervenção simultaneamente integrada e progressiva (tabela 1). A presença de uma casa de bónus (casa 40) reforça a motivação intrínseca, promovendo o reforço positivo e o reconhecimento do esforço da pessoa ao longo do processo.

O jogo pode ser realizado individualmente ou a pares. Cada participante tem um pino, lança um dado e avança num tabuleiro de 40 casas numeradas, sendo o objetivo *major* do jogo alcançar a casa número 40 com a menor dificuldade e a maior independência possível.

As casas estão associadas a tarefas motoras, cognitivas e de AVD, promovendo a integração entre corpo e mente (tabela 1):

**Tabela 1.** Caracterização e Distribuição das Casas do Tabuleiro.

Domínio	Número da/s Casa/s	Descrição
 Motora	3; 7;16; 19; 20-21; 23-33	Treino motor através de exercícios de fortalecimento muscular, técnicas de equilíbrio corporal e de coordenação motora.
 AVD	25-26; 34; 35;37	Treino de AVD e motricidade fina.
 Cognitiva	1-15; 17-18; 20;22;36; 38-39	Estimulação cognitiva através de exercícios de atenção, memória, linguagem e raciocínio.
 Bónus	40	Reforço da motivação e valorização do desempenho da pessoa no processo de reabilitação.

A sessão é obrigatoriamente mediada e supervisionada por um EEER, que assegura a adaptação das tarefas em função da capacidade da pessoa, supervisiona a execução e procede ao registo clínico dos resultados observados. Caso a pessoa não consiga realizar a tarefa proposta, deverá lançar novamente o dado, sendo esta dificuldade considerada um dado clínico relevante e registado na folha de sessão, permitindo a monitorização da evolução e a readaptação do plano de cuidados.

#### 6. Planeamento da Sessão



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Por forma a sintetizar o planeamento da sessão, apresentamos o seguinte fluxograma (figura 1):

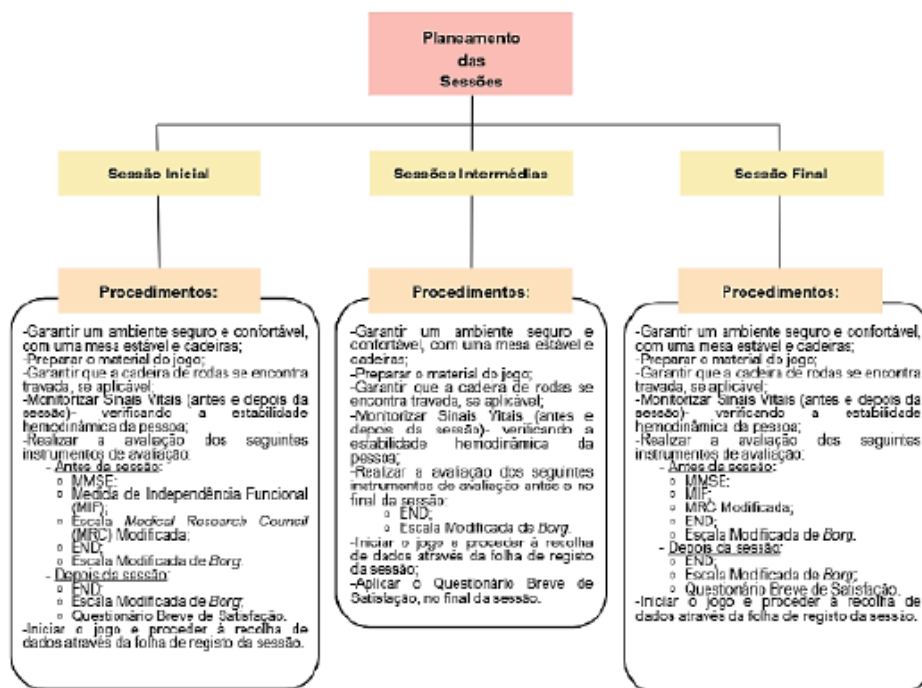


Figura 1. Fluxograma do Planeamento das Sessões.

7. Avaliação e Indicadores de Resultado

A avaliação (tabela 2) constitui um pilar essencial no processo de reabilitação, permitindo monitorizar os ganhos em saúde, a eficácia do jogo *ReHab Go* e a experiência vivida pela pessoa ao longo das sessões. A recolha sistemática de dados é efetuada pelo EEER (Apêndice II), com base em instrumentos validados e indicadores de resultado centrados na pessoa, articulando medidas objetivas e subjetivas, de forma a garantir uma abordagem individualizada.

Tabela 2. Avaliação e Indicadores do Jogo.

Parâmetro de Avaliação	Instrumento	Objetivo	Momento de Aplicação
Dor	END (Anexo I)	Quantificar a perceção de dor, ajustando a intervenção	Antes e depois de todas as sessões

## Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<b>Intolerância à Atividade</b>	Escala Modificada de <i>Borg</i> (Anexo II)	Avaliar a intensidade subjetiva durante o exercício	Antes e depois de todas as sessões
<b>Capacidade Cognitiva</b>	MMSE (Anexo III)	Avaliar orientação, memória, linguagem e raciocínio	1.ª e última sessão
<b>Funcionalidade nas AVD</b>	MIF (Anexo IV)	Quantificar nível de dependência funcional	1.ª e última sessão
<b>Força muscular</b>	Escala MRC Modificada (Anexo V)	Avaliar a força dos grupos musculares afetados	1.ª e última sessão
<b>Desempenho no jogo</b>	Pontuação específica do jogo (n.º de casas, nível de ajuda nas tarefas)	Monitorizar evolução através do tabuleiro	Todas as sessões
<b>Experiência da pessoa na Sessão (<i>Patient-reported experience measures (PREM)</i>)</b>	Questionário breve de satisfação (Apêndice III)	Avaliar perceção, motivação e envolvimento na sessão	Após cada sessão
<b>Resultados reportados pela pessoa (<i>Patient-Reported Outcomes Measures (PROM)</i>)</b>	Autoavaliação do impacto ao nível cognitivo, da funcionalidade e do bem-estar	Avaliar o impacto percecionado do jogo na readaptação funcional	Última sessão

(Benson, 2023)

## a. Pontuação de Desempenho no Jogo

Cada tarefa realizada é pontuada de acordo com o nível de independência funcional, segundo as indicações da tabela 3:

Tabela 3. Pontuação de Desempenho de cada Tarefa.

Pontuação	Descrição do Desempenho	Critério Clínico
0 pontos	Não realizou a tarefa	Incapacidade, recusa ou contra-indicação
1 ponto	Realizou com ajuda total	Dependência completa
2 pontos	Realizou com ajuda moderada	Necessita de suporte físico ou verbal significativo
3 pontos	Realizou com ajuda mínima/supervisão	Capaz de executar a tarefa com indicações verbais ou correção pontual
4 pontos	Realizou de forma independente	Execução autónoma, segura e eficaz

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Cálculo da Pontuação Total**

- A pontuação final da sessão resulta da soma das pontuações obtidas em cada casa jogada.
- A pontuação máxima possível depende do número de casas realizadas na sessão.
- Recomenda-se o cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG), expresso da seguinte forma:

$$IDG = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima possível}} \times 100$$

Este valor pode ser utilizado como indicador de evolução clínica, facilitando a comparação entre sessões e permitindo ajustar o plano de cuidados conforme a progressão ou estagnação do desempenho.

**Interpretação**

- 0–25% → **Grau de dependência elevado** (necessidade de intervenção intensiva)
- 26–50% → **Grau de dependência moderado** (com necessidade de apoio e potencial para melhorar as capacidades)
- 51–75% → **Grau de dependência reduzido** (com necessidade de supervisão e indicações verbais)
- 76–100% → **Independente** (foco na consolidação de capacidades)

**8. Documentação**

Quanto à documentação desta atividade, a mesma deverá ser explanada num registo, referindo a realização do jogo terapêutico, no processo de enfermagem da pessoa alvo de cuidados. Posteriormente, deverá ser anexada a folha de registo da sessão, com os respetivos dados recolhidos durante a mesma.

**Conclusão**

O jogo terapêutico *ReHab Go* – O Desafio do *ReStart* pós-AVC constitui uma ferramenta inovadora e clinicamente relevante para a Enfermagem de Reabilitação, traduzindo na prática os princípios do treino orientado por tarefa, da neuroplasticidade e da gamificação como estratégias promotoras



Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

da recuperação funcional e cognitiva após AVC. Mais do que um recurso lúdico, este jogo representa um modelo terapêutico estruturado e orientado para objetivos reais de independência, autonomia e reintegração social, no qual o EEER assume uma responsabilidade crucial enquanto agente de mudança e facilitador da adaptação ao “novo eu”. A sua intervenção, alicerçada nos pilares de cuidar, capacitar e maximizar, permite identificar as respostas humanas, implementar intervenções diferenciadas para a capacitação para a realização das AVD e monitorizar ganhos em saúde, promovendo a funcionalidade, a participação ativa da pessoa e o envolvimento dos cuidadores. Assim, o *ReHab Go* afirma-se como um instrumento baseado na evidência e alinhado com as *guidelines* nacionais e internacionais, potenciando o *empowerment* e a qualidade de vida, contribuindo para uma prática de enfermagem de reabilitação verdadeiramente centrada na pessoa.

**Referências Bibliográficas**

- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). *Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idososa com compromisso no sistema nervoso*. Em *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel (Ed.). 164-233.
- Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care. *BMJ Open Quality*. 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2023-002516>
- Lima, K. (2024). *Neuroplasticidade e Reabilitação- Estratégias Avançadas de Enfermagem para Maximização da Recuperação Funcional em Pacientes Pós-AVC*. [https://www.researchgate.net/publication/395767568\\_Neuroplasticidade\\_e\\_Reabilitacao\\_Estrategias\\_Avançadas\\_de\\_Enfermagem\\_para\\_Maximizacao\\_da\\_Recuperacao\\_Funcional\\_em\\_Pacientes\\_Pos-AVC](https://www.researchgate.net/publication/395767568_Neuroplasticidade_e_Reabilitacao_Estrategias_Avançadas_de_Enfermagem_para_Maximizacao_da_Recuperacao_Funcional_em_Pacientes_Pos-AVC)
- Registered Nurses Association of Ontario (2025). Person- and Family- Centred Care. <https://mao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>
- Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II (85)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Portugal Angels Nurse Task Force. (janeiro de 2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral*. [https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)
- Costa, N. (2019). *Treino orientado para a tarefa em doentes com AVC: Um modelo de intervenção em reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/19563>

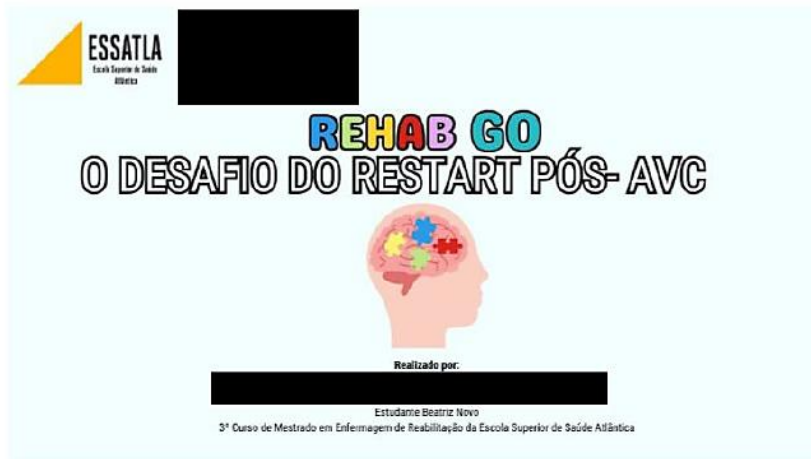
Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**APÊNDICES**



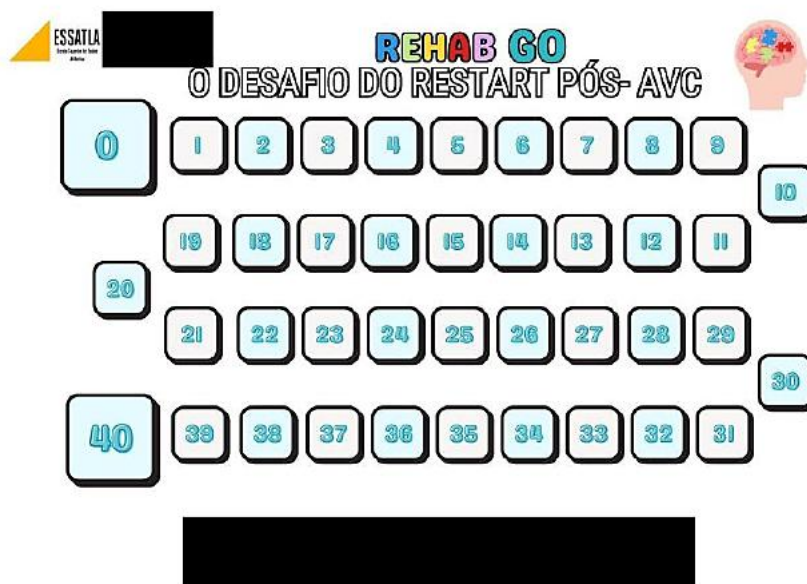
Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice I | Jogo Terapêutico "ReHab Go- O Desafio do ReStart Pós- AVC"



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica


Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação




Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação


1 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC




Construa uma palavra com as  
letras aplicadas nas molas.



2 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Utilize os números nas molas  
para completar as sequências  
nas espátulas.



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

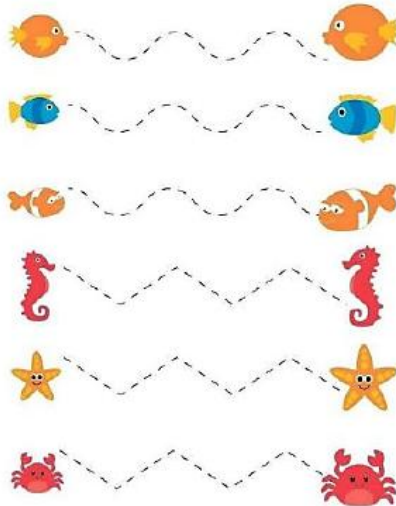
62

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

1 _ 3 _ 5 _ 7	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3 _ 5 _ 7 _ 9	10								
_ 2 _ 4 _ 6	<b>BOLA</b>		<b>ONTEM</b>						
_ 6 _ 8 _ 10	<b>REABILITAÇÃO</b>		<b>CONSEGUI</b>						
7 _ 5 _ 3 _ 1	B O L A N T E M R I I A Ç Ã Ã C S G U								
2 _ 4 _ 6 _ 8									

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

63



Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**5 REHAB GO**  
**O DESAFIO DO RESTART**  
**POS-AVC**



Nomeie os 3 objetos que se encontram nas imagens.



**6 REHAB GO**  
**O DESAFIO DO RESTART**  
**POS-AVC**



Com uma caneta, ligue o carro à garagem que apresenta a mesma cor.



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

66

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

67

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<p>7 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Imite as expressões faciais, presentes nas imagens, ao espelho.</p> 
<p>8 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Diga o contrário das seguintes palavras:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alto</li><li>• Quente</li><li>• Rápido</li><li>• Claro</li></ul> 



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<p>9 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Escreva a frase: "O RATO ROEU A ROLHA."</p> 
<p>10 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Repita a sequência de sons: PALMAS- ESTALAR OS DEDOS- BATER NA MESA</p> 







Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<p>11 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Nomeie as partes do corpo das imagens, apontando para a sua localização.</p>  <p>Nariz      Pé      Cabeça</p>
<p>12 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Complete o provérbio: 'Mais vale tarde ___'</p> 




Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

<p>13 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Diga a data do seu aniversário.</p> 
<p>14 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Faça uma lista de compras, com 3 itens essenciais.</p> 



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

<p>15 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Repita as seguintes palavras: Bola Dado Trator</p> 
<p>16 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Encha bem os pulmões com ar e sopra a "língua da sogra" (5 repetições)</p> 



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

17 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Com as espátulas de madeira, copie as formas que se encontram nas imagens.



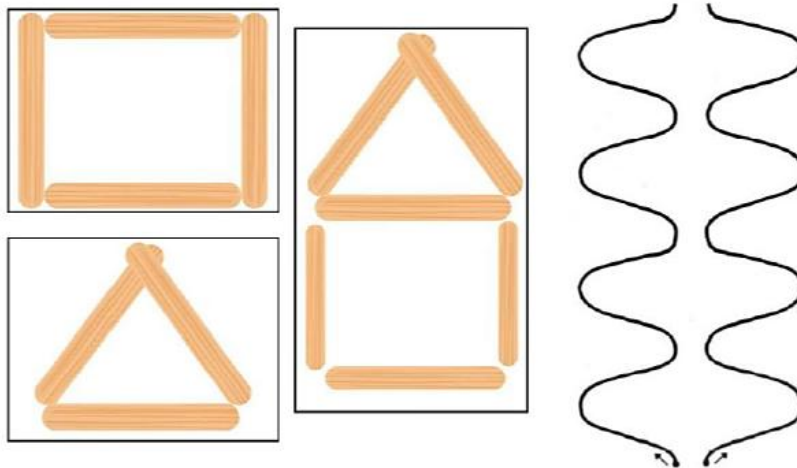
18 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



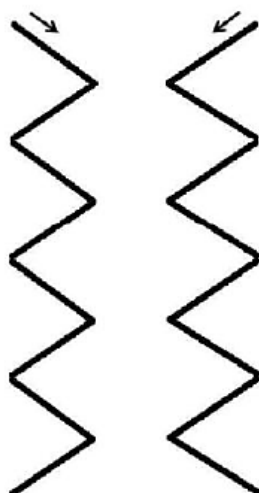
Com as mãos colocadas sobre as tampas das garrafas, realize o percurso das linhas.



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

19 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC

Leve o dedo indicador ao nariz  
(uma mão de cada vez, com ajuda  
do lado são, no lado afetado).





20 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC

Coloque 10 feijões dentro de um  
copo.



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<p>21 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Abra uma tampa de garrafa.</p> 
<p>22 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Quem está a supervisionar o jogo, coloca um objeto à escolha nas suas mãos e, com os olhos fechados, deve identificá-lo.</p> 

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

78

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

<p>23 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Levantar e sentar na cadeira com apoio (5 repetições).</p> 
<p>24 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Com dois copos à frente dos pés, deve passar cada uma das pernas por cima dos copos.</p> 

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

79

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

80

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação




Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

81

<p>29 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Aperte e relaxe a mão do lado afetado (5 repetições).</p> 
<p>30 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Cruze as pernas: para o lado são e para o lado afetado (alternadamente).</p> 



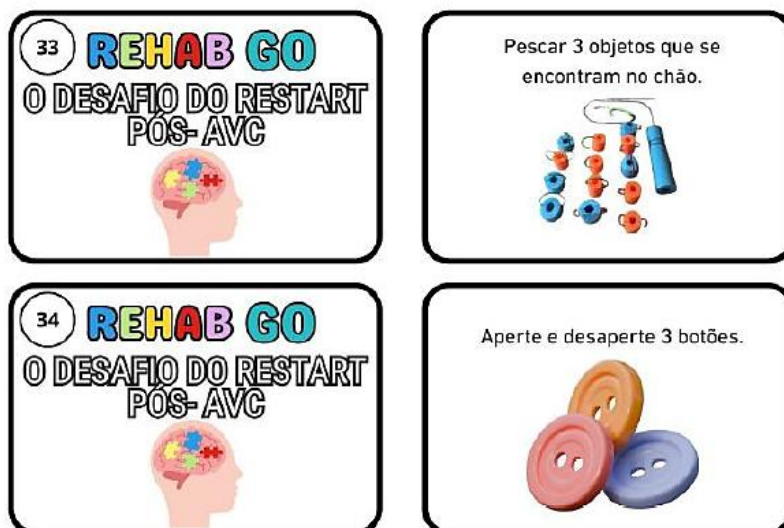
Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

<p>31 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Sentado/a na cadeira, tente chegar com as mãos aos pés.</p> 
<p>32 <b>REHAB GO</b> O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC</p> 	<p>Atire a bola para o/a Enfermeiro/a ou para o/a Cuidador/a.</p> 



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

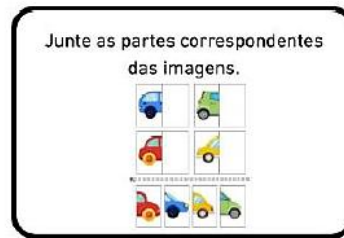


Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

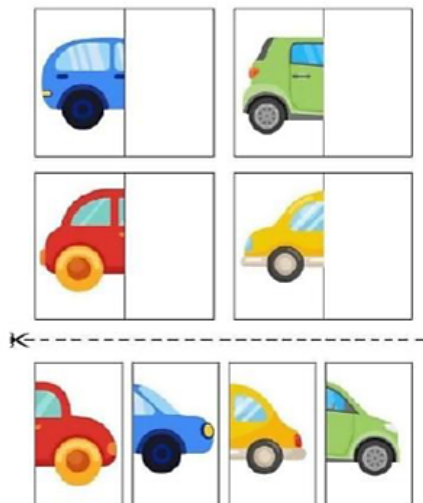
Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica



Apêndice IV | Questionário Breve de Satisfação da Pessoa na Sessão



**Durante esta sessão o que sentiu?**



Alegria



Tristeza



Raiva



Mêdo



Surpresa



Nójo

**Qual o seu grau de satisfação com esta sessão?**

- Nada Satisfeito       Indiferente       Satisfeito  
 Pouco Satisfeito       Muito Satisfeito



outubro, 2025



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Anexo I | Escala Numérica da Dor

Sem Dor 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). *Circular Normativa nº 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação para a Readaptação e Regresso ao Domicílio-  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Anexo II | Escala Modificada de Borg

Escala da percepção do esforço de Borg	Equivalência aproximada da frequência cardíaca/minutos	Grau de intensidade do esforço (% da capacidade máximo possível)	Equivalência de uma escala de esforço na percepção de 0-10 pontos
6	60-80	10	0
7	70-90		1
8	80-100	20	2
9	90-110		
10	100-120	30	3
11	110-130		
12	120-140	40	4
13	130-150	50	5
14	140-160	60	6
15	150-170	70	7
16	160-180		
17	170-190	80	8
18	180-200	90	9
19	190-210	100	10
20	200-220		

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.fipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

92

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Anexo III | Mini Mental State Examination

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia de semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estado do ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
 Em que cidade vive? \_\_\_\_\_  
 Em que casa está agora? \_\_\_\_\_  
 Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Sou dizer três palavras: queria que as repetias a, mas só depois de eu as dizer todas por isso cobri-te os olhos."

Fala \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta; se der uma resposta errada mas depois continuar a trabalhar bem, considere-se as seguintes como corretas)

"Inicia pagando que me digas quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu te dizer para parar."

27, 24, 21, 18, 15

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

"Vês se consegues dizer os três polvos que pedi há pouco para desenhar?"

Fala \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostra os objetos:  
 Feltro \_\_\_\_\_  
 Lápis \_\_\_\_\_

b) "Repete a frase que eu vou dizer: O RATO ROE A ROLHA."

c) "Quando eu lho der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.  
 Agre com a mão direita \_\_\_\_\_  
 Dobre ao meio \_\_\_\_\_  
 Coloque onde deve \_\_\_\_\_

d) "Lê o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível:  
 "SICHÉ OSE OLL-OC", escreva amplamente 8 das frases.  
 Fechou os olhos \_\_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui." Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.  
 FRASE: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade construtiva** (1 ponto por cada cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dos pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dos dois quais entrecruzados. Não valorizar número ou posição.

Cópia:

TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos: ≥ 15 pontos
- Entre 1 e 11 anos de escolaridade: ≥ 22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade: ≥ 27 pontos

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). *Norma nº 008/2019 de 09 de dezembro de 2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

93

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
clxxx

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Anexo IV | Medida de Independência Funcional

NÍVEL	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)		6 Independência modificada (dispositivo)		SEM AJUDA		
	Dependência modificada 5 Superado 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <=25%)				AJUDA		
		SITUAÇÃO ATUAL	ANTES	1 M	3 M	6 M	12 M
<b>ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA</b>							
<b>ATIVIDADES CUIDADOS</b>							
A. Alimentação							
B. Higiene pessoal							
C. Banho							
D. Vestir metade superior							
E. Vestir metade inferior							
F. Utilização de sanita							
<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>							
G. Bexiga							
H. Intestino							
<b>MOBILIDADE</b>							
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>							
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas							
J. Sanita							
K. Banheira, Duche							
<b>Locomoção</b>							
L. Marcha Cadeira de Rodas							
M. Escadas							
<b>COMUNICAÇÃO</b>							
N. Compreensão							
O. Expressão							
<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>							
P. Interação social							
Q. Resolução dos problemas							
R. Memória							
<b>TOTAL</b>							

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEntReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEntReabilitacao_Final_2017.pdf)



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Anexo V | Escala Medical Research Council Modificada

0	Sem contração (paralisia total)
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.flpsnack.com/ordemenfermeiros/gobperfull-view.html>



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice VIII | Escala Numérica da Dor

Escala Numérica da Dor												
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
<b>Avaliação:</b>	Avaliação Inicial (D0)						Avaliação Final (D12)					
	<p><i>Score Total: 3</i></p> <p>(Dor ligeira na articulação do cotovelo e da anca do lado direito, aquando da mobilização)</p>						<p><i>Score Total: 1</i></p> <p>(Dor Ligeira na articulação do cotovelo e da anca do lado direito, aquando da mobilização)</p>					

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). Circular normativa nº 09/dgcg: *A Dor como 5º Sinal Vital*. Registo sistemático da intensidade da dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice IX | Escala *Medical Research Council* Modificada**

<b>Escala <i>Medical Resarch Council</i> Modificada</b>					
0	Sem contração (paralisia total)				
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação				
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade				
3	Movimento ativo contra gravidade				
4	Movimento ativo contra resistência				
5	Força normal				
<b>Avaliação:</b>	Segmento Corporal	Avaliação Inicial (D0)		Avaliação Final (D12)	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
	Dedos (mão)	1	5	2	5
	Punho	1	5	2	5
	Antebraço	1	5	2	5
	Cotovelo	2	5	3	5
	Ombro	2	5	3	5
	Dedos (pés)	1	5	2	5
	Tibiotársica	2	5	2	5
	Joelho	3	5	3	5
	Anca	3	5	3	5

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*.

<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobpet/full-view.html>

**Apêndice X | Escala Modificada de Borg**

<b>Escala Modificada de Borg</b>			
<b>Escala da percepção do esforço de Borg</b>	<b>Equivalência aproximada da frequência cardíaca/minutos</b>	<b>Grau de intensidade do esforço (% da capacidade máximo possível)</b>	<b>Equivalência de uma escala de esforço na percepção de 0-10 pontos</b>
6	60-80	10	0
7	Muito, muito leve		70-90
8	Muito leve	20	2
9			
10	100-120	30	3
11	Leve		
12	120-140	40	4
13	Um pouco intenso	50	5
14	140-160	60	6
15	intenso		
16	160-180	70	7
17	Muito intenso		
18	180-200	90	9
19	Muito, muito intenso	100	10
20	200-220		

<b>Avaliação:</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
	<b>(D0)</b>	<b>(D12)</b>
	<u>Score Total:</u>	<u>Score Total:</u>
	-0 pontos (em repouso); -5 pontos (após treino de transferência cama-cadeira).	-0 pontos (em repouso); - 2 pontos (após treino de transferência cama-cadeira).

**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca.*  
<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

**Apêndice XI | Escala de Asworth Modificada**

<b>Escala de Asworth Modificada</b>					
	<b>0</b>	Tónus Muscular Normal			
	<b>1</b>	Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento articular, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão			
	<b>1+</b>	Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta seguida da resistência mínima, em menos da metade da amplitude de movimento restante.			
	<b>2</b>	Aumento mais acentuado no tónus muscular durante a maioria da amplitude de movimento, mas as partes afetadas são facilmente movidas.			
	<b>3</b>	Aumento considerável do tónus muscular, movimento passivo difícil.			
	<b>4</b>	Partes afetadas rígidas na flexão ou na extensão			
<b>Avaliação:</b>	<b>Articulação</b>	<b>Avaliação Inicial (D0)</b>		<b>Avaliação Final (D12)</b>	
		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
	<b>Dedos (mão)</b>	2	0	1	0
	<b>Punho</b>	2	0	1	0
	<b>Cotovelo</b>	3	0	2	0
	<b>Escapulo- umeral</b>	3	0	2	0
	<b>Dedos (pé)</b>	1+	0	1+	0
	<b>Tibiotársica</b>	1	0	1	0
	<b>Joelho</b>	2	0	2	0
	<b>Coxofemoral</b>	2	0	2	0

**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

## Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## Apêndice XII | Escala de Equilíbrio de Berg

Itens	Avaliação (0 – Incapaz de executar a 4- capaz de executar de forma independente)	
	Av. Inicial	Av. Final
Da posição de sentado para a posição de pé.	2	3
Ficar em pé sem apoio.	3	3
Senta-se com as costas desapoiadas, mas com os pés apoiados no chão.	3	3
Da posição de pé para a posição de sentado.	3	4
Transferências.	2	3
Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados.	1	2
Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos.	3	3
Inclinar-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé.	0	0
Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé.	0	0
Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé.	0	0
Dar uma volta de 360 graus.	0	0
Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio.	0	0
Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro.	0	0
Permanecer em pé sobre uma perna.	0	0
<b>Score Total (0-56)</b>	<b>18 (diminuído)</b>	<b>21 (diminuído)</b>

**Fonte:** Paiva, L. (2016). *Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos institucionalizados e não institucionalizados, praticantes de exercício físico regular, através da Escala de Equilíbrio de Berg*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/2433>

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

100

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Apêndice XIII | Escala de Quedas de Morse**

Escala de Queda de Morse		
Item	Pontuação	
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses		
Não	0	
Sim	25	
2. Diagnóstico(s) secundário(s)		
Não	0	
Sim	15	
3. Ajuda para caminhar		
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15	
Apoia-se no mobiliário para andar	30	
4. Terapia intravenosa		
Não	0	
Sim	20	
5. Postura no andar e na transferência		
Normal/acamado/imóvel	0	
Debilidade	10	
Dependente de ajuda	20	
6. Estado mental		
Consciente das suas capacidades	0	
Esquece-se das suas limitações	15	
<b>Avaliação:</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
	(D0)	(D12)
	<u>Score Total:</u> 65 (Alto Risco de Queda)	<u>Score Total:</u> 50 (Baixo Risco de Queda)

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*.  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice XIV | Versão Portuguesa de *Falls Efficacy- International Scale* 7 itens

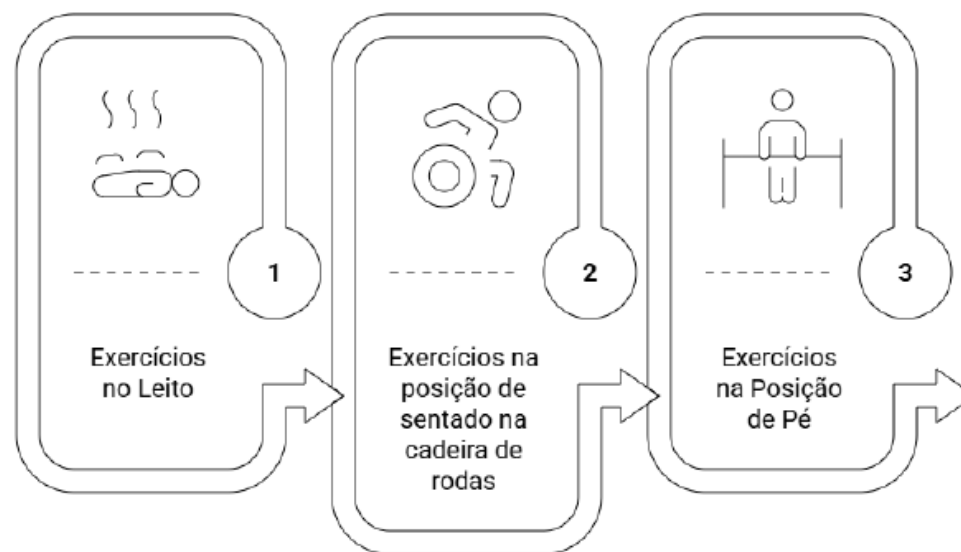
Questões relativas ao Medo de Cair	Respostas (1- Nem um pouco preocupado;2- Um pouco preocupado; 3- Muito preocupado;4- Extremamente preocupado)	
	Avaliação Inicial (D0)	Avaliação Final (D12)
Vestir e despir a roupa	2	1
Tomar banho ou duche	3	2
Sentar ou levantar de uma cadeira	4	2
Subir ou descer escadas	4	1
Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão	4	3
Subir ou descer uma ladeira	4	4
Frequentar um evento social (ex. ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	4	2
<i>Score total</i>	20 (Medo de Cair presente)	15 (Medo de Cair presente)

Fonte: Marques- Vieira, C., Sousa, L., Baixinho, C., Reis, M., Pérez-Rivas, F. & Sousa; L. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30: e20190243, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice XV | Esquema de Progressão de Exercícios no Acidente Vascular Cerebral

**Esquema de Progressão de Exercícios que promove a Neuroplasticidade**






Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## **ANEXOS**

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Anexo I | Checklist CARE

 **CARE** case report guidelines **CARE Checklist of information to include when writing a case report**  

Topic	Item	Checklist Item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report" . . . . .	_____
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report" . . . . .	_____
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature? . . . . .	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings . . . . .	_____
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes . . . . .	_____
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case? . . . . .	_____
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references) . . . . .	_____
Patient Information	5a	De-identified patient specific information . . . . .	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient . . . . .	_____
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information . . . . .	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes . . . . .	_____
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings . . . . .	_____
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline . . . . .	_____
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys) . . . . .	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural) . . . . .	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered) . . . . .	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable . . . . .	_____
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care) . . . . .	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration) . . . . .	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale) . . . . .	_____
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available) . . . . .	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results . . . . .	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (how was this assessed?) . . . . .	_____
	10d	Adverse and unanticipated events . . . . .	_____
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report . . . . .	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature <b>with references</b> . . . . .	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes) . . . . .	_____
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion . . . . .	_____
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received . . . . .	_____
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested . . . . .	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fonte: Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research. (2013). *The CAREGuidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development*. EQUATOR Network. <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## Anexo II | Guião de Entrevista Estruturada

### Guião de Entrevista – Relato de Caso Clínico em Enfermagem de Reabilitação (CARE Framework)

- **Objetivo geral:**

Recolher informação compreensiva e estruturada sobre o percurso clínico, funcional e emocional da pessoa em processo de reabilitação, de modo a descrever de forma objetiva e científica o caso clínico.

---

#### 1. Identificação do participante e contexto

*(CARE item: Patient Information)*

**Objetivo:** caracterizar a pessoa, o contexto clínico e a situação de saúde.

**Perguntas orientadoras:**

- Pode dizer-me a sua idade, sexo e situação familiar?
  - Qual era a sua ocupação antes do evento/doença que motivou a reabilitação?
  - Que diagnóstico clínico levou à necessidade de reabilitação?
  - Há quanto tempo ocorreu o Acidente Vascular Cerebral?
  - Qual era o seu estado funcional antes do evento ou seja quais eram as suas principais atividades diárias e papéis sociais?
- 

#### 2. História clínica e antecedentes relevantes

*(CARE item: Medical, family and psychosocial history)*

**Objetivo:** identificar condições pré-existentes, fatores de risco e contexto psicossocial.

**Perguntas:**

- Tinha alguma doença ou limitação física antes deste evento?
  - Faz algum tipo de medicação para doença crónica?
  - Há antecedentes familiares relevantes (ex.: doenças neuromusculares, ortopédicas)?
  - Como descreveria o seu apoio familiar e social atual?
  - Há hábitos de vida que possam influenciar a sua recuperação (tabaco, álcool, exercício, alimentação)?
- 

#### 3. Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação

*(CARE item: Clinical findings and timeline)*

**Objetivo:** descrever a condição inicial e o impacto funcional.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

- Como avalia a sua autonomia e independência atualmente (escala de independência, mobilidade)?
- O que acha dos resultados obtidos? (comunicação não comprometida (ex. conhecimento e capacidade sobre dispositivo auxiliar de comunicação, melhorado através da *National Institute of Health Stroke Scale*); movimento muscular aumentado (ex. através da tolerância ao exercício muscular e articular através da Escala de Intolerância à Atividade de *Borg* e através de melhoria no score da escala *Medical Research Council* Modificada), espasticidade em grau reduzido (ex. através da tolerância ao exercício muscular e articular através da Escala de Intolerância à Atividade de *Borg* e através de melhoria no score da escala de *Ashworth* e da escala numérica da dor), equilíbrio corporal não comprometido (ex. conhecimento e capacidade sobre técnicas de equilíbrio corporal, através de melhoria no score da escala de equilíbrio de *Berg*) e transferir-se (ex. através de melhoria no score da escala Medida de Independência Funcional; risco de queda através da Escala da percepção do medo de cair através da *Falls Efficacy Scale- International 7* itens)?
- Sente-se satisfeito com os resultados obtidos?

---

## 6. Impacto emocional, social e ocupacional

(*CARE item: Patient perspective*)

**Objetivo:** compreender o significado da reabilitação e a percepção pessoal do processo.

**Perguntas:**

- Como descreveria a sua experiência durante a reabilitação?
- O processo influenciou a sua autoestima, imagem corporal ou relações interpessoais?
- Que estratégias utilizou para lidar com o medo, a dor ou a frustração?
- Que significado atribui ao papel do enfermeiro de reabilitação na sua recuperação?
- Sente-se satisfeito com o apoio e processo de reabilitação?
- Que mensagem gostaria de deixar a outras pessoas em situação semelhante?

---

## 7. Considerações éticas e consentimento

(*CARE item: Informed consent*)

**Antes da entrevista:**

- Explicar o objetivo do estudo (relato de caso clínico).
- Garantir anonimato, confidencialidade e voluntariedade.
- Obter consentimento informado escrito, conforme o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e as normas éticas de investigação clínica (declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo).

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

---

**8. Observações do entrevistador**

*(CARE item: Discussion and learning points)*

**Registar:**

- Impressões clínicas e de comunicação durante a entrevista.
- Indicadores de motivação, coping e envolvimento do participante.
- Pontos fortes e limitações do caso.
- Reflexão crítica sobre as implicações para a prática de enfermagem de reabilitação.

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Anexo III | Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação**

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

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

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. No caso de não claro e/ou tiver dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assinie o consentimento.

**Título do estudo:** Enfermagem de Reabilitação: Capacitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral/Família para o Domicílio– Relato de Caso

**Enquadramento:** O estudo insere-se no Estágio Profissionalizante que está a decorrer no Serviço de Internamento de Adultos [REDACTED] no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, integrada no 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Exma. Professora Joana Marques, e do Professor Coordenador do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação Luís Souse e sob a supervisão clínica da Exma. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]. O relato de caso clínico tem como objetivo descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral e família para o regresso ao domicílio.

**Explicação do estudo:** Solicita-se a participação no relato de caso clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento na área de enfermagem de reabilitação sobre a identificação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções e a execução de uma avaliação do plano delineado em conjunto com a pessoa/cuidador. A recolha de dados será feita por meio de uma entrevista estruturada, durante o decorrer do estágio (de 9 setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados para sua documentação instrumentos e testes de avaliação para identificar as respostas humanas da pessoa e cuidador que resultem em limitações na atividade e/ou em alterações da funcionalidade, podendo ser alvo de intervenção em conjunto com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A sua participação no relato de caso clínico, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre comunicação, movimento muscular, espasticidade, equilíbrio corporal e transferir-se, contribuindo, não só para a sua recuperação, mas também para melhorar a sua qualidade de vida. De ressaltar que não se identificam riscos para a pessoa/cuidador no caso de aceitar ou recusar participar no relato de caso clínico, na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** A sua participação no presente relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

**Confidencialidade e anonimato:** Neste relato de caso clínico encontra-se 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. O tratamento da informação recolhida será conduzido, de forma descritiva e anónima, pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração de um relato de caso clínico. Findo este processo, os dados serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relato de caso, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Grata pela sua disponibilidade e atenção, subscrevo-me com elevada consideração,

Beatriz Antunes Novo

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (Nº estudante- [REDACTED] Contacto telefónico-

[REDACTED] E-mail: [REDACTED])

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

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/03/002A00/00140036.pdf>

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Assinatura/s (investigador principal):** .....

*Declaro que tenho 18 anos ou mais, que tomei conhecimento e compreendi os objetivos do estudo, bem como os procedimentos associados à minha participação. Li integralmente a informação de consentimento informado, considerei o seu conteúdo claro e explícito e concordo com o mesmo, aceitando participar neste estudo.*

*Confirmando que me foram explicados todos os aspetos relevantes pelo profissional de saúde que assina este documento, que tive oportunidade de colocar todas as questões que considere necessárias e que recebi respostas esclarecedoras. Foi-me garantido tempo suficiente para refletir sobre esta proposta, bem como assegurado que a minha recusa ou desistência não implicará qualquer prejuízo nos meus direitos assistenciais.*

*Reconheço ainda que os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e a respetiva Lei de Execução Nacional.*

*Por fim, **autorizo / não autorizo** (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessárias no meu próprio interesse e justificadas por razões clínicas fundamentadas.*

Nome (participante): .....

Assinatura (participante): .....

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

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

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Anexo IV | Pedido à Comissão de Ética da ESSATLA para a participação em investigação



### PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

**Assunto:** Pedido para a realização de um Relato de Caso Clínico em contexto de estágio.

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica,

A estudante Beatriz Antunes Novo, que frequenta o 1º semestre, do 2º ano, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um estudo concretizado no Serviço de Internamento de Adultos [REDACTED]

[REDACTED] no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, inserida no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Exma. Professora Joana Marques, do Exmo. Professor Coordenador do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e sob supervisão clínica da Exma. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

**Título do estudo:** Enfermagem de Reabilitação: Capacitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral/Família para o Domicílio – Relato de Caso

**Enquadramento:** O relato de caso clínico insere-se no Estágio Profissionalizante que está a decorrer no Serviço de Internamento de Adultos [REDACTED] no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, integrada no 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica. No decorrer do estágio, perante a necessidade do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de mestre, surge como essencial a elaboração de um relato caso clínico, tendo por base as respostas humanas da pessoa/cuidador neste contexto. O relato de caso clínico tem como objetivo descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral e família para o regresso ao domicílio.

**Metodologia:** O relato de caso clínico consiste num estudo descritivo e será elaborado de acordo com as diretrizes metodológicas propostas na Checklist CARE<sup>3</sup> do EQUATOR Network (Anexo I). Este estudo incluiu, por meio de uma amostragem intencional, uma pessoa internada num centro de reabilitação, que apresenta limitações decorrentes de um Acidente Vascular Cerebral.

**Explicação do estudo:** Solicita-se a participação no relato de caso clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento na área de enfermagem de reabilitação sobre a identificação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções e a execução de uma avaliação do plano delineado em conjunto com a pessoa/cuidador. A recolha de dados será feita por meio de uma entrevista estruturada (Anexo II), durante o decorrer do estágio (de 9 setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados para sua documentação instrumentos e testes de avaliação para identificar as respostas humanas da pessoa e cuidador que resultem em limitações na atividade e/ou em alterações da funcionalidade, podendo ser alvo de intervenção em conjunto com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Anexos III- IX). A sua participação no relato de caso clínico, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre comunicação, movimento muscular, espasticidade, equilíbrio corporal e transferir-se, contribuindo, não só para a sua recuperação, mas também para melhorar a sua qualidade de vida. De ressaltar que

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

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

<sup>3</sup> The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development | EQUATOR Network

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

não se identificam riscos para a pessoa/cuidador no caso de aceitar ou recusar participar no relato de caso clínico, na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e financiamento:** A sua participação no presente relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

**Confidencialidade e anonimato:** Neste relato de caso clínico encontra-se 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. O tratamento da informação recolhida será conduzido, de forma descritiva e anónima, pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração de um relato de caso clínico. Findo este processo, os dados serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relato de caso, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Grata pela sua disponibilidade e atenção, subscrevo-me com elevada consideração,

Beatriz Antunes Novo

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (Nº estudante- [REDACTED] Contacto telefónico- [REDACTED]  
E-mail- [REDACTED]

Assinatura/s (investigador principal): .....

**INCLUIR DESENHO DO ESTUDO EM ANEXO**

Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Anexo V | Mini Mental State Examination**

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_  
Em que cidade vive? \_\_\_\_  
Em que casa está agora? \_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, porque saber se as decorou."

Pêra \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta; se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
27\_24\_21\_18\_15

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar":

Pêra \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA."

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível:

"FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui." Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

FRASE: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto por cada cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dos dois quais entrecruzados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



**Avaliação: O Sr. A. apresentou um score total de 22 pontos-com défice cognitivo ligeiro (mais de 11 anos de escolaridade).**

**Escala de normalidade em função da escolaridade:**

- Analfabetos: ≥ 15 pontos
- Entre 1 e 11 anos de escolaridade: ≥ 22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade: ≥ 27 pontos

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica



**Apêndice IV |**

Procedimento Setorial: “Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na  
comunidade”

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

### 1. OBJETIVO

Uniformizar procedimentos para a prevenção e redução da ocorrência de quedas na pessoa idosa residente na comunidade.

### 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A elaboração deste procedimento serve como guia orientador das intervenções a implementar no âmbito da prevenção de quedas pela Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

### 3. RESPONSABILIDADES

**Elaboração:** Equipa de Enfermagem de Reabilitação (EEER) da UCC.

**Implementação do Procedimento:** Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC.

### 4. DESCRIÇÃO

#### 4.1. Enquadramento

O envelhecimento populacional, fenómeno crescente nas últimas décadas, tem contribuído significativamente para o aumento da prevalência de quedas no domicílio. Estima-se que cerca de 30% das pessoas idosas sofram, anualmente, pelo menos um episódio de queda, configurando-se como a segunda principal causa de morte por lesões não intencionais a nível global, com impacto direto na qualidade de vida da população idosa. Em Portugal, cerca de 64% das quedas que ocorrem são no domicílio, levando as pessoas idosas a recorrer ao serviço de urgência (Novo et al., 2025).

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N.º PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

As quedas constituem eventos complexos de natureza multifatorial, cuja avaliação exige a aplicação de múltiplos instrumentos que permitam abranger os mais diversos fatores de risco associados, nomeadamente os fatores de risco modificáveis, visto ser uma das áreas em que os enfermeiros apresentam maior responsabilidade e possibilidade de intervenção (*National Institute for Health and Care Excellence, 2025*).

Segundo a *Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (2017)*, a maioria das quedas são previsíveis e evitáveis, pelo que surge como sendo essencial promover estratégias de prevenção de quedas através da identificação de fatores de risco de queda e medo de cair, bem como a prevenção de lesões por queda e a diminuição da ocorrência das mesmas. Deste modo, a prevenção de quedas requer uma abordagem transdisciplinar e centrada na pessoa/cuidadores, integrando a avaliação contínua, intervenção individualizada e com o envolvimento da comunidade, tendo os EEER como mediadores deste processo.

#### 4.2. Definições

**Queda:** é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, constatando-se como um fenómeno multifatorial que compromete a qualidade de vida (*RNAO, 2017*).

**Quedas fisiológicas não antecipáveis:** ocorrem em pessoas sem fatores de risco para a queda, não sendo, portanto, passíveis de prever. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força ou fraturas patológicas (que ocorrem pela primeira vez).

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N.º PÁGS	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

**Quedas fisiológicas previstas:** ocorrem nas pessoas com risco de queda, dada a presença de fatores de risco modificáveis, nomeadamente com alterações da marcha, alterações do equilíbrio, utilização de produtos de apoio e pessoas confusas, desorientadas no tempo e/ou espaço (DGS, 2019).

**Fatores extrínsecos de risco de queda:** são circunstâncias socioambientais, como por exemplo a iluminação inadequada, superfícies escorregadias, obstáculos no caminho, barreiras arquitetónicas, calçado inadequado, roupas excessivamente compridas, mau estado do piso.

**Fatores intrínsecos de risco de queda:** são fatores etiológicos intrínsecos, como por exemplo idade avançada, doenças crónicas, polimedicação, alterações do equilíbrio corporal, défices sensoriais, entre outros.

**Monitorização do risco de queda nas pessoas idosas:** Decorrente do facto da Escala de Quedas de Morse ser o instrumento de medida disponível no sistema de informação *Sclínico*, este será utilizado para a respetiva monitorização do risco de queda das pessoas alvo de cuidados, sendo o seu score total o valor numérico que determina a presença ou não de risco de queda (sem, baixo ou alto risco de queda). De ressaltar que esta monitorização deverá ser complementada por outros instrumentos de medidas que abranjam outros fatores de risco que suportem a identificação/avaliação da presença de risco de queda.

**Avaliação Multifatorial:** Análise clínica individualizada e complementar para identificação dos diferentes fatores de risco específicos para queda, sendo crucial aplicar em pessoas com alto risco de queda.

**4.3. Descrição do procedimento**

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N.º PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

Pelas diversas valências existentes na unidade e pela necessidade transdisciplinar de intervenção neste âmbito das quedas, o presente procedimento será dividido em 2 fases de avaliação e intervenção:

----- **FASE I** -----

(Dirigido para todas as pessoas **integradas em ECCI**)

1. Deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todos as pessoas em contexto domiciliár:

- b. Através da **Escala de Quedas de Morse**, validada para Portugal (**Anexo I**);
- c. A avaliação deve ser realizada (DGS, 2019; Baixinho & Santos, 2020):
  - Na **primeira visita domiciliária (VD)** (admissão);
  - Na **ocorrência da alteração do estado clínico ou alterações ambientais**;
  - Após a **ocorrência de uma queda**;
  - E no **momento da alta**.
- d. Mediante a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse, deverão implementar as seguintes intervenções de enfermagem (Tabela 1):

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade	
Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025

**Tabela 1.** Intervenções de Enfermagem Fase I do Procedimento Setorial.

Risco de Queda	Intervenções de Enfermagem
<b>Sem Risco de Queda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o <b>potencial para melhorar o conhecimento</b> da pessoa/prestador de cuidados;</li> <li>- Avaliar <b>conhecimento</b> da pessoa/cuidador <b>sobre prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas (educação para a saúde</b> à pessoa/prestador de cuidados, com enfoque nos fatores de risco de queda, nas precauções básicas e nas medidas específicas de prevenção, promovendo a literacia em saúde através de uma linguagem clara e adequada a cada pessoa (ex. otimizar ambiente físico, manter grades da cama) (Direção-Geral da Saúde, 2019; Baixinho &amp; Santos, 2019)).</li> <li>- <b>Assistir</b> a pessoa/cuidador a <b>identificar condições de risco de queda</b>;</li> <li>- <b>Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda</b>;</li> <li>- Providenciar material de leitura (<b>Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I</b>).</li> </ul>
<b>Baixo Risco de Queda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o <b>potencial para melhorar o conhecimento</b> da pessoa/prestador de cuidados;</li> <li>- Avaliar <b>conhecimento</b> da pessoa/cuidador <b>sobre prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Assistir</b> a pessoa/cuidador a <b>identificar condições de risco de queda</b>;</li> <li>- <b>Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda</b>;</li> <li>- Providenciar material de leitura (<b>Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I</b>);</li> </ul> <p><b>Escolher 3 das 5 intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar ambiente físico;</li> <li>- Gerir ambiente;</li> <li>- Manter grades da cama;</li> <li>- Vigiar medidas de segurança;</li> <li>- Providenciar dispositivos.</li> </ul>
<b>Alto Risco de Queda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o <b>potencial para melhorar o conhecimento</b> da pessoa/prestador de cuidados;</li> <li>- Avaliar <b>conhecimento</b> da pessoa/cuidador <b>sobre prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Assistir</b> a pessoa/cuidador a <b>identificar condições de risco de queda</b>;</li> <li>- <b>Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda</b>;</li> <li>- Providenciar material de leitura (<b>Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I</b>);</li> <li>- Otimizar ambiente físico;</li> <li>- Manter grades da cama;</li> <li>- Gerir medidas de segurança;</li> <li>- Executar medidas de segurança;</li> <li>- Negociar cuidados;</li> <li>- Assistir no andar (se aplicável).</li> </ul>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade	
Procedimento setorial	Procedimento nº 01/2025

----- FASE II -----

(Dirigido para todas as pessoas **integradas no projeto Reabilitar**)

- b. Mediante a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse, deverão implementar as seguintes intervenções de enfermagem de reabilitação (Baixinho & Santos, 2020; Novo et al., 2025; Oliveira et al., 2018) (Tabela 2):

**Tabela 2.** Intervenções de Enfermagem Fase II do Procedimento Setorial.

Risco de Queda	Intervenções de Enfermagem
<u>Sem Risco de Queda</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o <b>potencial para melhorar o conhecimento</b> da pessoa/prestador de cuidados;</li> <li>- Avaliar <b>conhecimento</b> da pessoa/cuidador sobre <b>prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas (educação para a saúde</b> à pessoa/prestador de cuidados, com enfoque nos fatores de risco de queda, nas precauções básicas e nas medidas específicas de prevenção, promovendo a literacia em saúde através de uma linguagem clara e adequada a cada pessoa (ex. otimizar ambiente físico, manter grades da cama) (Direção-Geral da Saúde, 2019; Baixinho &amp; Santos, 2019)).</li> <li>- <b>Assistir</b> a pessoa/cuidador a <b>identificar condições de risco de queda</b>;</li> <li>- <b>Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda</b>;</li> <li>- Providenciar material de leitura (<b>Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I</b>).</li> </ul>
<u>Baixo Risco de Queda</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar através da <b>grelha de observação</b> do risco de queda (Apêndice II), tanto a presença de fatores intrínsecos/extrínsecos, como a avaliação dos riscos de queda no ambiente do domicílio;</li> <li>- Avaliar o <b>potencial para melhorar o conhecimento</b> da pessoa/prestador de cuidados;</li> <li>- Avaliar <b>conhecimento</b> da pessoa/cuidador sobre <b>prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Assistir</b> a pessoa/cuidador a <b>identificar condições de risco de queda</b>;</li> <li>- <b>Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda</b>;</li> <li>- Providenciar material de leitura (<b>Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I</b>);</li> </ul> <p><b>Escolher 3 das 5 intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar ambiente físico;</li> <li>- Gerir ambiente;</li> <li>- Manter grades da cama;</li> <li>- Vigiar medidas de segurança;</li> <li>- Providenciar dispositivos.</li> </ul>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

	<p>- <b>Avaliar o medo</b> (Aplicar escala de Perceção do Medo de Cair- <i>Falls Efficacy Scale-Internacional</i> 7 itens (Anexo II) - colocar <i>score</i> total em notas associadas); No caso de a <b>pessoa apresentar medo de cair</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o <b>autocontrolo: medo</b>;</li> <li>- Avaliar o <b>conhecimento sobre autocontrolo: medo</b>;</li> <li>- Ensinar estratégias adaptativas para a redução do medo de cair (ex. treino de exercício físico, capacitar para a adoção de comportamentos seguros).</li> </ul>
<p><b>Alto Risco de Queda</b> (avaliação multifatorial a registar em processo clínico) (RNAO, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar através da <b>grelha de observação</b> do risco de queda (Apêndice II), tanto a presença de fatores intrínsecos/extrínsecos, como a avaliação dos riscos de queda no ambiente do domicílio;</li> <li>- Avaliar o <b>potencial para melhorar o conhecimento</b> da pessoa/prestador de cuidados;</li> <li>- Avaliar <b>conhecimento</b> da pessoa/cuidador sobre <b>prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</b>;</li> <li>- <b>Assistir</b> a pessoa/cuidador a <b>identificar condições de risco de queda</b>;</li> <li>- <b>Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda</b>;</li> <li>- Providenciar material de leitura (<b>Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I</b>);</li> <li>- Otimizar ambiente físico;</li> <li>- Manter grades da cama;</li> <li>- Gerir medidas de segurança;</li> <li>- Executar medidas de segurança;</li> <li>- Gerir regime medicamentoso (em particular analgésicos (incluindo opiáceos), antipsicóticos, benzodiazepinas incluindo fármacos análogos, anti-epilépticos/anticonvulsivos, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, antidepressivos e diuréticos) e otimizar a gestão do regime medicamentoso (ex. suplementos de vitamina D));</li> <li>- Negociar cuidados;</li> <li>- Assistir no andar (se aplicável- Avaliar a necessidade de a pessoa utilizar ou trocar de produtos de apoio para a marcha);</li> <li>- <b>Avaliar o medo</b> (Aplicar escala de Perceção do Medo de Cair- <i>Falls Efficacy Scale-Internacional</i> 7 itens (Anexo II) - colocar <i>score</i> total em notas associadas); No caso de a <b>pessoa apresentar medo de cair</b>:</li> <li>- Avaliar o <b>autocontrolo: medo</b>;</li> <li>- Avaliar o <b>conhecimento sobre autocontrolo: medo</b>;</li> <li>- Ensinar estratégias adaptativas para a redução do medo de cair (ex. treino de exercício físico, capacitar para a adoção de comportamentos seguros);</li> <li>- Avaliar a presença de comorbilidades que aumentam o risco de queda (em particular: compromisso cognitivo, autocontrolo da continência urinária/intestinal comprometido, acuidade visual comprometida, síndrome vertiginosa, síncope e patologia osteoarticular);</li> <li>- Otimizar o <b>regime dietético</b>;</li> <li>- Avaliar a <b>mobilidade e o equilíbrio</b> através da aplicação do <b>Timed Up and Go Test</b> (Anexo III), que consiste num teste que não é preditor por si só do risco de queda, mas que em complemento a outros instrumentos contribui para uma avaliação completa de fatores de risco da queda (ex. fragilidade) (Andrade et al., 2021; Rosa et al., 2017);</li> </ul>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame neurológico incluindo avaliação cognitiva através do <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE) (Anexo IV);</li> <li>- Avaliar a força muscular com recurso à <i>Escala Medical Research Council Modificada</i> (MRC) (Anexo V);</li> <li>- Avaliar o equilíbrio corporal com recurso à <i>Escala de Equilíbrio da Plataforma Scínico</i> (Anexo VI);</li> <li>- Realizar treino de exercício físico, segundo a prescrição FITT-VP (treino de força, resistência, flexibilidade, coordenação motora, correção postural, equilíbrio, marcha e outros (ex. dança)<sup>1</sup>;</li> <li>- Realizar treino de atividades de vida diária (AVD) (ex. preparar refeição);</li> <li>- Incentivar a pessoa a procurar outras áreas de intervenção, se aplicável (ex. rastreio visual, consulta de cardiologia, consulta de podologia);</li> <li>- Integrar dispositivos de deteção de queda (ex. sensor com alarme), se existir essa possibilidade.</li> </ul>
--	--

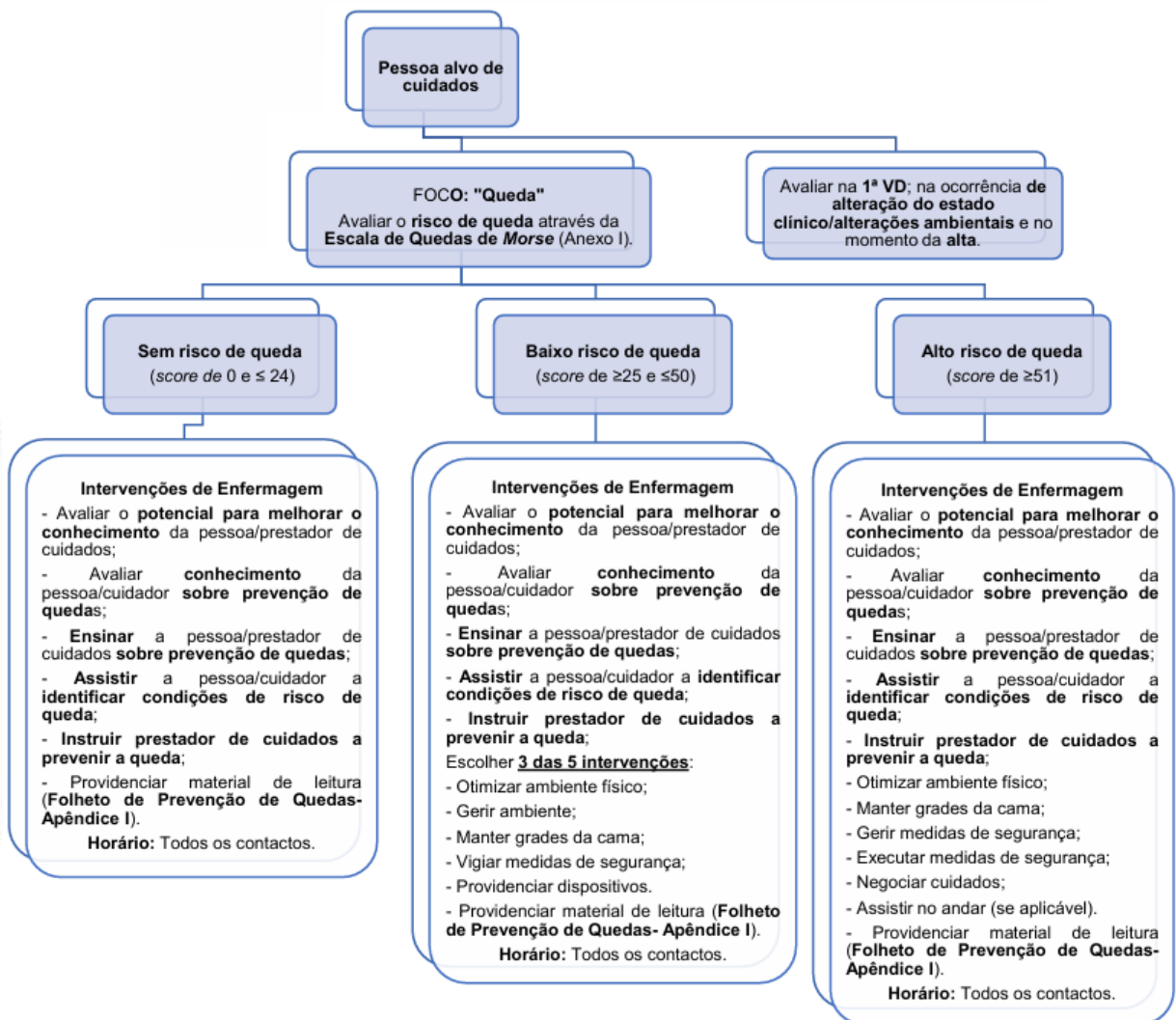
<sup>1</sup> A implementar numa fase posterior à fase piloto do procedimento setorial.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO
	Enf. Ângela Jesus			

Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade	
Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025

## 5. FLUXOGRAMAS

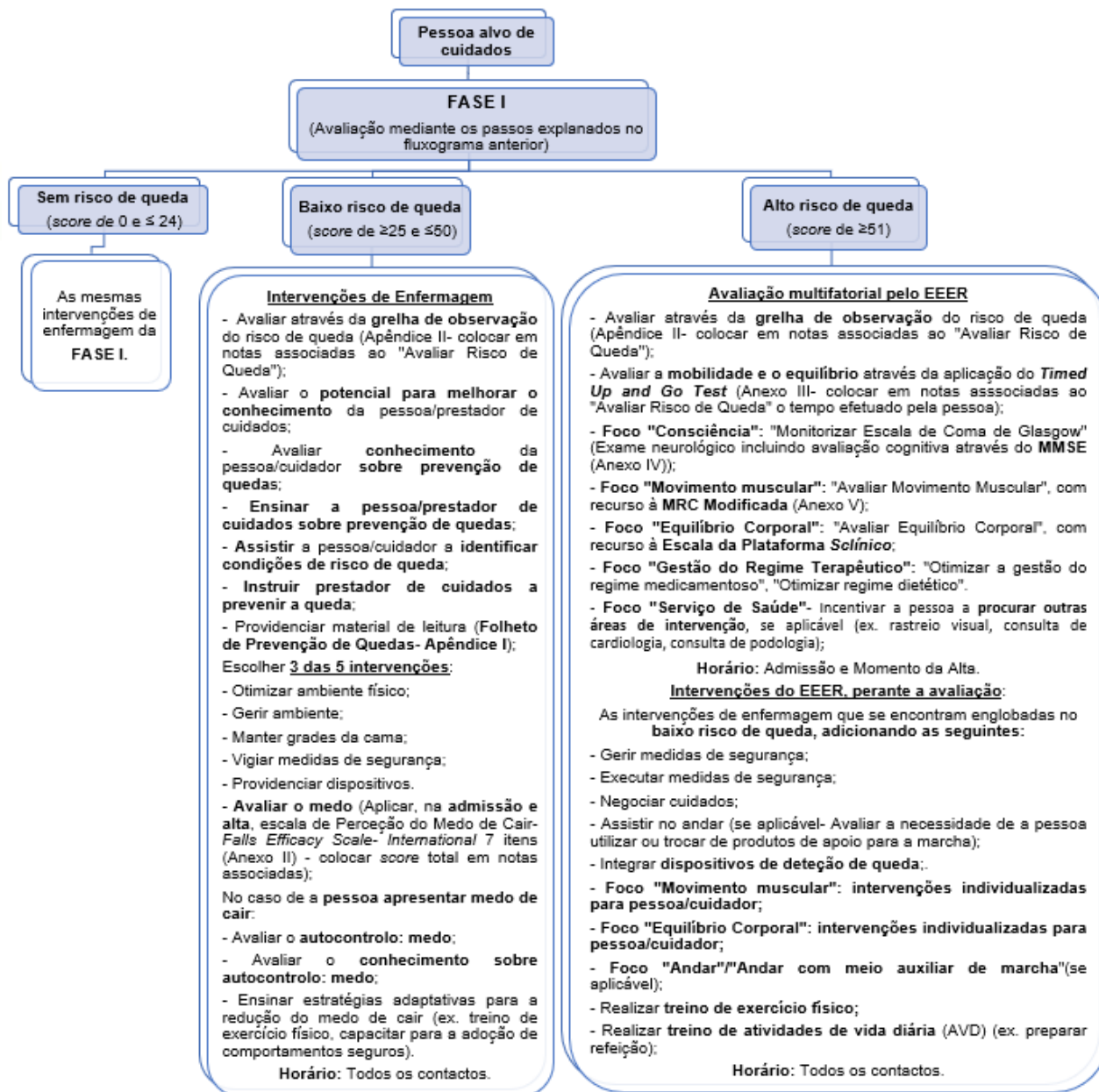
### 5.1. Fluxograma – FASE I



APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N.º PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade	
Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025

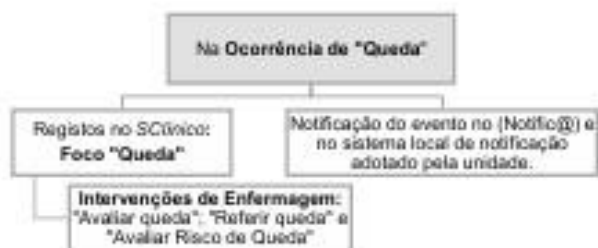
**5.2. Fluxograma – FASE II**



APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento nº 01/2025	

### 5.3. Fluxograma – Ocorrência de Queda



## 6. REGISTOS

Proceder aos mesmos através do sistema de informação do *SClinico*, conforme explanado no fluxograma anterior.

### 6.1. Avaliação pós queda

Após ocorrência de queda deverá ser realizado o registo da mesma no sistema de informação do *SClinico*, abrindo em processo o foco "Queda" e definindo como intervenções "Avaliar queda" "Referir queda" e "Avaliar Risco de queda. De ressaltar que na intervenção "Avaliar a queda", em notas deve ser descrita as circunstâncias da queda. A notificação do evento queda deve ser registado no sistema nacional de notificação de incidentes (Notific@) e no sistema local de notificação "Gestão de Ocorrências", adotado pela organização.

## 7. AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Realização de auditorias anuais aos processos clínicos para validação de avaliação do risco de queda e implementação de intervenções que visem a prevenção de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade aos utentes no domicílio e apresentação, dos respetivos dados em reunião de equipa.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

## 8. SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES- Agrupamentos do Centro de Saúde

DGS- Direção-Geral da Saúde

ECCI-Equipa de Cuidados Integrados

EEER-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

NICE- *National Institute for Health and Care Excellence*

RNAO- *Registered Nurses Association of Ontario*

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

VD- Visita domiciliária

## 9. REFERÊNCIAS

Baixinho, C., & Santos, B. (2020). Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 91-100. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2007>

Centers for Disease Control and Prevention (2017). *Brochure-Customizable-Check For Safety: A Home Fall Prevention Checklist For Older Adults*. STEADI- Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/patient/customizable/checkforsafety-brochure-final-customizable-508.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2019). Norma N°008/2019. *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento nº 01/2025	

Mackenzie, L., Byles, J., & Higginbotham (2000). Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the items. *British Journal of Occupational Therapy*, 63 (6), 260-269. <http://hdl.handle.net/2123/14750>

Marques-Vieira, C., Sousa, L., Baixinho, C., Reis, M., Pérez-Rivas, F., Sousa, L. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30: e20190243, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

National Institute for Health and Care Excellence (29 de abril de 2025). *Falls: assessment and prevention in older people and in people 50 and over at higher risk*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng249>

Novo, B., Ribeiro, M., Baçã, M., Andrade, M., Horta, P., Sousa, L., Guerra, N. & Severino, S. (2 de junho de 2025). Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling. *Salud, Ciencia y Tecnologia*.5.1-7. <https://doi.org/10.62488/agmu2025226>.

Oliveira, T., Baixinho, C., & Henriques, M. A. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 31(2), 1-9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Registered Nurses Association of Ontario (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4ª edição). [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg)

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

Rosa, A., Freitas, A., Lopes, C., Gonçalves, S., Redondo, A. & Sousa, L. (agosto de 2017). Propriedades métricas do Timed Up and Go Test no idoso: revisão integrativa da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21-31. [https://www.researchgate.net/publication/319037110\\_Propriedades\\_mtricas\\_d\\_o\\_Timed\\_Up\\_and\\_Go\\_Test\\_no\\_idoso\\_revisao\\_integrativa\\_da\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/319037110_Propriedades_mtricas_d_o_Timed_Up_and_Go_Test_no_idoso_revisao_integrativa_da_literatura)

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N.º PAGE.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

## APÊNDICES

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N.º PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

<b>Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade</b>	
Procedimento setorial	Procedimento nº 01/2025

**Apêndice I | Folheto sobre a Prevenção de Quedas na Comunidade**

### CAIU E AGORA?

**Se estiver acompanhado/a:**

- 1 Sentar a pessoa no chão.
- 2 Colocar uma cadeira perto da pessoa.
- 3 Ajudar a pessoa a levantar-se e segurar com as duas mãos o pé das calças.
- 4 Deixar a pessoa repousar sentado na cadeira durante o tempo necessário.

**ATENÇÃO:**  
Se tiver uma dor muito intensa, localizada e não conseguir mexer-se - **DEVE PEDIR AJUDA.**

**Se estiver sozinho/a:**

- 1 Colocar-se de costas e girar até chegar a uma parede estável.
- 2 Agarrar-se à parede e fazer força com os braços e as pernas para se colocar de pé.
- 3 Repousar sentado na cadeira durante o tempo necessário.

### Como lidar com o Medo de cair

- Falar com a querida família para expressar emoções;
- Falar com o seu profissional de saúde de referência para expressar as suas emoções e, em conjunto, encontrarem soluções para o medo de cair (ex. treinar o cair e o levantar);
- Reduzir os fatores de risco do meu ambiente;
- Realizar exercício físico diário;
- Optar por ter o telemóvel perto de si (ex. bolso ou carteira).

**Informações Bibliográficas**

**Reduzir o risco de quedas em idosos**

**Contatos**

**SOS QUEDAS:**  
A PREVENÇÃO COMEÇA EM CASA.  
INFORMAÇÃO PARA A PESSOA/FAMÍLIA

### SABIA QUE ?

Com o passar dos anos, é natural que o nosso corpo mude, pelo que o medo que eventualmente aumentamos também os riscos de ocorrência de quedas. Estes podem levar à fratura, incapacidade de realizar tarefas do dia-a-dia, instabilidade, alteração da dinâmica familiar, aumento do medo de cair e diminuição da qualidade de vida.

### FATORES DE RISCO

**Da própria Pessoa**

- Idade avançada;
- Doenças crónicas;
- História de quedas;
- Deterioração da saúde;
- Interações de vários medicamentos;
- Diminuição da visão/audição;
- Diminuição da força muscular;
- Alterações da postura e equilíbrio;
- Insensibilidade ungueal/inferior;
- Perda de memória, ansiedade, depressão.

**Relacionados com o meio envolvente**

- Iluminação inadequada;
- Objetos dispersos pelo chão e móveis fora do lugar;
- Tapetes soltos;
- Fios escorregadios;
- Escadas sem corrimão;
- Móveis instáveis;
- Calçado e roupa inadequados;
- Auxílios de marcha inadequados/mal adaptados (ex. andador).

### COMO PREVENIR AS QUEDAS EM CASA?

- Consulte um profissional de saúde sobre a medicação diária.
- Use sempre óculos e/ou aparelho auditivo, se tiver.
- Evite roupas apertadas ao corpo e use calçado fechado e antiderrapante (não use chinelo).
- Perfumes de seu ambiente.
- Auxílios de marcha adequados.
- Casa organizada, sem objetos no chão.
- Não suba em escadotes/cadeiras/bancos.
- Use luzes de presença à noite.
- Retire ou fixe bem os tapetes e evite pisos escorregadios.
- Se usar grades na cama, mantenha-as sempre levantadas.
- Instale barras de apoio na banheira e ducha/toilete e use tapete de banho antiderrapante e fixo.
- As escadas devem ter corrimão dos dois lados.
- Pratique exercício físico.

**Prevenir é o domínio certo!**

### EXERCÍCIO FÍSICO

(Sentado, sentado e de pé, conforme tolerância)

- **Deitado de costas, levantar uma perna de cada vez** (10 repetições no total)
- **Sentado e levantar de cadeira** (5 repetições)
- **Sentado, levantar uma perna até à altura do cinturo** (5 repetições)
- **Em pé, mover a cabeça para a frente levantando-a devagar** (5 repetições)
- **Em pé, dobrar e esticar as pernas, alternando as pernas** (10 repetições)
- **Subir e descer nas pontas dos pés** (10 repetições)
- **Com as mãos na cintura, rodar o tronco para a direita e depois para a esquerda** (durante 30 segundos)
- **Andar em linha reta imaginária**

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

**Apêndice II |** Grelha de observação do risco de queda na população idosa na comunidade

Data:			
Número de utente:			
<b>Dados acerca dos fatores de risco de queda intrínsecos e extrínsecos</b>			
Sexo	Mas.	Fem.	Observações
Nível de escolaridade			Nível
Doenças crónicas	Não	Sim	Descrição das Doenças Crónicas
Consumo de bebidas alcoólicas	Não	Sim	Observações
Prática de exercício físico	Não	Sim	Observações (Tipo de exercício e frequência)
História de quedas nos últimos 12 meses?	Não	Sim	Observações
			Se Sim. Explicitar número, causas, circunstâncias e consequências:
Tem dificuldade na marcha ou equilíbrio?	Não	Sim	Produtos de apoio
O facto de cair, preocupa-o?	Não	Sim	Observações
			Se Sim. Aplicar Escala de Percepção do Medo de Cair (FES-17 Itens) <b>Score total:</b>
<b>Avaliação da acuidade visual e auditiva</b>	Não	Sim	Dispositivos de Compensação
Acuidade visual comprometida			

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

Acuidade auditiva comprometida				
<b>Exame podológico, avaliação do calçado e vestuário</b>	Sim	Não	Observações	
Alterações cutâneas ou anatómicas na região dos pés				
Calçado adequado				
Vestuário adequado				
<b>Avaliação do Risco de Queda</b>				
<b>Escala de Morse</b>	<b>Score total</b>		<b>Valor referência</b>	
Sem Risco de Queda			0 - 24	
Baixo Risco de Queda			25 - 50	
Alto Risco de Queda			>51	
<b>Avaliação dos riscos de queda no ambiente do domicílio</b>				
<b>Questão</b>	<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Não aplicável</b>	<b>Observações</b>
1. As passagens estão livres de cabos, fios e outros obstáculos?				
2. Os revestimentos para pavimentos encontram-se em boas condições?				
3. Os pavimentos são antiderrapantes?				
4. Os tapetes soltos encontram-se devidamente fixos no chão?				
5. A pessoa consegue entrar e sair da cama, com facilidade e em segurança?				
6. Tem iluminação suficiente para permitir à pessoa ver claramente?				
7. A pessoa pode ligar a luz facilmente, junto à sua cama?				
8. Nas prateleiras, os utensílios/objetos pessoais de uso diário estão acessíveis, sem ter de subir cadeiras ou baixar-se?				
9. A pessoa é capaz de entrar e sair da banheira/base de duche, facilmente e com segurança?				

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N.º PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

10. Existem tapetes antiderrapantes usados no banho/banheiro/chuveiro?				
11. O WC é próximo do quarto?				
12. Utiliza produtos de apoio no WC? (banho/chuveiro/sanita)				
13. As escadas interiores têm um corrimão acessível/resistente estendendo-se ao longo do comprimento total das escadas?				
14. Os espaços exteriores são bem iluminados à noite?				
15. As escadas ao ar livre têm um corrimão acessível e seguro, estendendo-se ao longo do comprimento da escadaria?				
16. A pessoa pode, facilmente e com segurança, subir e descer os degraus/escadas, no interior/ exterior da casa?				
17. Os limites dos degraus são facilmente identificados?				
18. A pessoa pode usar as portas de entrada, com segurança e facilidade?				
<b>Score Total:</b>				
<b>Score (entre 0 e 18 pontos):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-6 corresponde a <b>Alto Risco de Queda no Ambiente do Domicílio;</b></li> <li>• 7-12 corresponde a <b>Baixo Risco de Queda no Ambiente do Domicílio;</b></li> <li>• 13-18 corresponde a <b>Sem Risco de Queda no Ambiente do Domicílio.</b></li> </ul> <p>{Adaptado de Mackenzie et al. (2000) e Centers for Disease Control and Prevention (2017)}</p>				
<b>Na presença de Alto Risco de Queda, proceder à avaliação multifatorial:</b>				
<b>Presença de comorbilidades</b>	Não	Sim	Observações	
Compromisso cognitivo				
Depressão				
Autocontrolo da Continência: Urinária e Intestinal				
Compromisso da visão				
Síndrome vertiginosa				
Patologia osteoarticular				
<b>Terapêutica instituída</b>	Não	Sim	Observações	

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

Analgésicos (opiáceos)			
Antipsicóticos, benzodiazepinas			
Antiepiléticos/anticonvulsivos			
Anti-hipertensivos			
Antiarrítmicos			
Antidepressivos			
Diuréticos			
<b>Instrumentos de medida a utilizar:</b>			
Avaliação cognitiva através da <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	<u>Score total:</u>		
Avaliação da mobilidade e equilíbrio através do <i>Timed Up and Go Test</i> (TUGT)	<u>Score total:</u>		
Avaliação da Força Muscular através da <i>Medical Research Council</i> Modificada (MRC Modificada)	<u>Score total:</u>		
Avaliação do Equilíbrio Corporal através da Escala da Plataforma <i>Sclínico</i>	<u>Score total:</u>		

(Baixinho & Santos, 2020; Direção-Geral da Saúde, 2019; Novo et al., 2025; Rosa et al., 2017)

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

## ANEXOS

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

**Anexo I | Escala de Quedas de Morse**

**Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa**

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/móvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Grau de Risco de Queda	Pontuação
Sem risco	0 - 24
Baixo risco	25 - 50
Alto risco	>51

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade	
Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025

**Anexo II | Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale- International 7 itens (FES-I 7 itens)**

**Escala de Perceção do Medo de Cair para pessoas idosas-** versão portuguesa reduzida da Escala Falls Efficacy Scale- International de 7 itens:

Questões relativas ao Medo de Cair	Respostas			
	Nem um pouco preocupado (1)	Um pouco preocupado (2)	Muito preocupado (3)	Extremamente preocupado (4)
Vestir e despir a roupa				
Tomar banho ou duche				
Sentar ou levantar de uma cadeira				
Subir ou descer escadas				
Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão				
Subir ou descer uma ladeira				
Frequentar um evento social (ex. ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)				

A pontuação varia entre 7 a 28 pontos de score total, sendo que uma **pontuação igual ou superior a 15**, nas pessoas idosas residente na comunidade, prediz o medo de cair em geral, equilíbrio comprometido, visão comprometida e diminuição do estado de saúde.

Fonte: Marques-Vieira, C.; Sousa, L.; Balxinho, C.; Reis, M.; Pérez-Rivas, F.; Sousa, L. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30: e20190243, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

**Anexo III | Timed Up and Go Test (TUG)**

**1) Material e preparação:**

- a) Cronómetro para medir o tempo de execução do teste (segundos);
- b) Cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 47 cm de altura;
- c) Em frente à cadeira, deverá existir um percurso disponível com 3 metros de comprimento;
- d) Medir, a partir da linha que une as pernas da cadeira, uma distância de três metros e assinalar no chão com fita adesiva;
- e) Deve ser usado calçado e auxiliares de marcha habituais;
- f) A pessoa deve levantar-se, andar até alcançar a marca, dar a volta, regressar e sentar-se de novo;
- g) O teste termina quando as nádegas tocam o assento da cadeira;
- h) Deve ser pedido à pessoa para andar a uma velocidade confortável e segura.

**2) Instruções para a execução do teste:**

- a) A pessoa começa por estar corretamente sentado, com as costas encostadas e os braços apoiados nos braços da cadeira;
- b) Em caso de uso de auxiliar de marcha os braços não devem estar apoiados no auxiliar, mas este deve estar ao alcance da pessoa;
- c) Demonstrar o teste;
- d) À ordem de "Partida" a pessoa deve iniciar o teste e o examinador inicia o cronómetro;
- e) O cronómetro pára quando as nádegas tocam o assento da cadeira.

Apresentam fatores de fragilidade que contribuem para o aumento do risco de queda, pessoas que apresentem tempos de desempenho durante o teste iguais ou superiores a 13,5 segundos.

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: *Prevenção e intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n° 01/2025	

**Anexo IV | Mini Mental State Examination (MMSE)**

**1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)**

Em que anos estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que país estamos? ----- \_\_\_\_\_  
 Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
 Em que terra vive? ----- \_\_\_\_\_  
 Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)**

“Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure ficar a sabe-las de cor”.

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta, se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas).**

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 24 21 18 15

**4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)**

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

**5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)**

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_\_  
 Lápis \_\_\_\_\_

b) “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	<p>Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade</p>	
	<p>Procedimento setorial</p>	<p>Procedimento n° 01/2025</p>

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

**FRASE:**

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

**TOTAL (máximo 30 pontos):**

**Escala de normalidade em função da escolaridade:**

- Analfabetos  $\geq$  15 pontos
- Entre 1 a 11 anos de escolaridade  $\geq$  22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade  $\geq$  27 pontos

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma n° 008/2019: *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N° PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO

	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

**Anexo V | Escala de Força Muscular: Medical Research Council Modificada (MRC)**

0	Sem contração (paralisia total)
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	N.º PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO



	Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade		
	Procedimento setorial	Procedimento n.º 01/2025	

**a. Impressos**

Os impressos relacionados com o presente procedimento setorial encontram-se disponibilizados no capítulo dos anexos e apêndices.

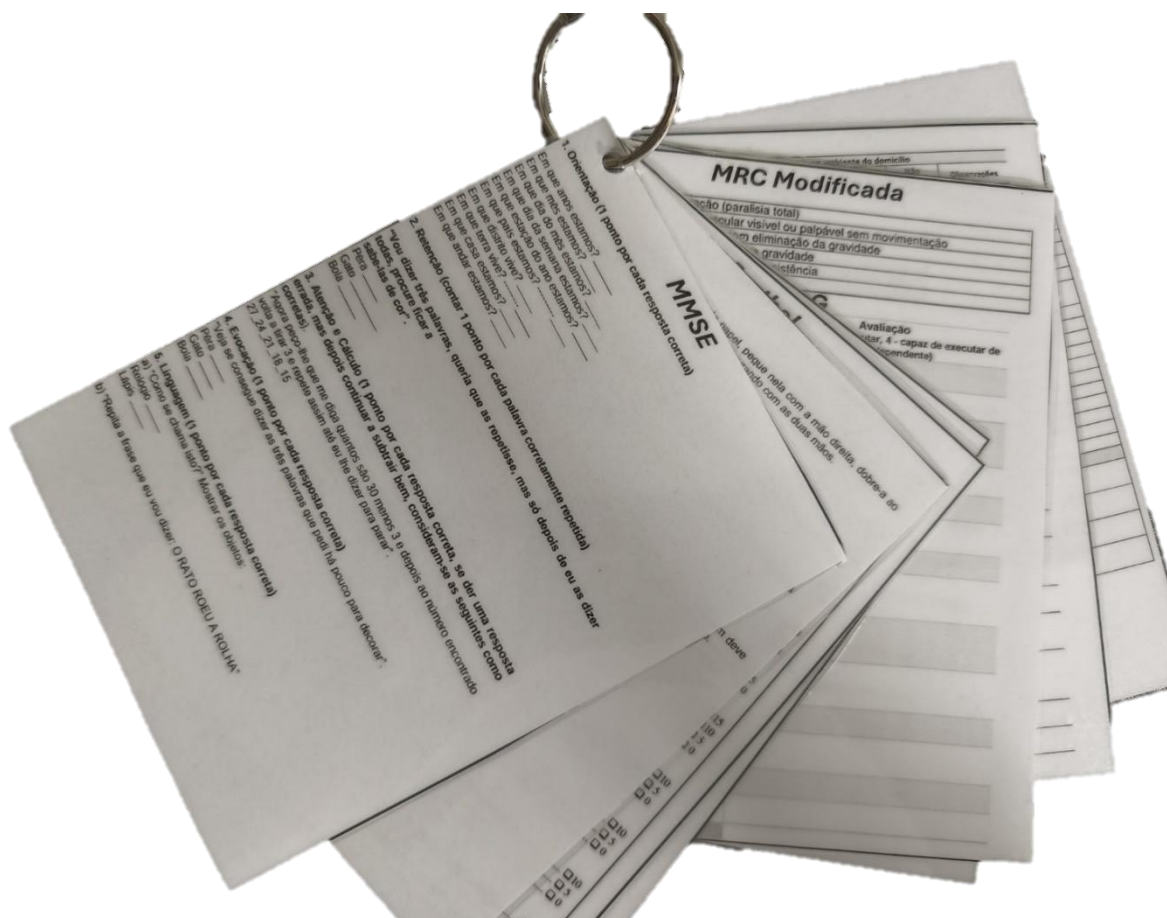
**b. Outros**

Não aplicável.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	Data	Nº PÁGS.	PRÓXIMA EDIÇÃO


**Apêndice V |**

Ferramenta de Apoio ao Procedimento Setorial de Prevenção de Quedas para a Equipa de  
Enfermagem de Reabilitação




**Apêndice VI |**

*Checklist* para a Avaliação da Deglutição no Centro de Reabilitação



**ESSATLA**  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica



# Checklist

## Pessoa com Deglutição Comprometida

### 1 Bem-estar da Pessoa e Ambiente dos Cuidados

- Assegurar um **ambiente seguro** e calmo para proceder à realização da avaliação da deglutição da pessoa;
- Verificar o **comportamento**, o **bem-estar** e **conforto** da pessoa para avaliar a sua deglutição (caso não apresente condições, adiar avaliação);
- Reunir o **material necessário** para a avaliação da deglutição: copo, água, espessante, garfo/ *shaker*, colher de metal, fatia de pão. **Explicar o procedimento.**

### 2 Avaliação da Deglutição

Escala de GUSS- Teste Indireto (Fase 1)

	SIM	NÃO
<b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	
	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

\* Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.  
\*\* 3, 5, 10, 20 ml de água – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.  
\*\*\* Pão seco para encaminhar para médico fisiatra/terapeuta da fala

### 3 Avaliação da Deglutição

Escala de GUSS- Teste Direto (Fase 2)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (Involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	(20)		

## 4 Interpretação dos Resultados

	RESULTADOS	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia  Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta normal</li> <li>Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15-19	Semi-sólido e líquido com sucesso  Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira  Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta passada</li> <li>Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul>
10-14	Semi-sólido com sucesso  Líquido sem sucesso	Disfagia moderada  Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta semi-líquida</li> <li>Líquidos espessados</li> <li>Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li> <li>Não administrar medicação líquida</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave  Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>NPO (non per os – proibida alimentação por via oral)</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

## 5 Documentação

- Registrar em diário de enfermagem, no processo da pessoa alvo de cuidados, o resultado da respetiva avaliação;
- Em caso de **deglutição comprometida**, deveremos colocar, por detrás do horário da pessoa, o **símbolo da disfagia** (imagem abaixo), de modo a garantir a segurança e prevenir complicações.



Símbolo da Pessoa com a Deglutição Comprometida

Realizado por:

Estudante Beatriz Novo

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica



Referências Bibliográficas:





**Apêndice VII |**

*NeuroCheck*: Ferramenta de Apoio ao Exame Neurológico



# NEUROCHECK

FERRAMENTA DE APOIO  
AO  
EXAME NEUROLÓGICO

**Realizado por:**  
[Redacted]

**Estudante Beatriz Novo**  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola  
Superior de Saúde Atlântica



**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_  
Em que cidade vive? \_\_\_\_  
Em que casa está agora? \_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, porque saber se as decorou."

Pêra \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta; se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
27\_24\_21\_18\_15

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar":

Pêra \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA."

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_  
Dobra ao meio \_\_\_\_  
Coloca onde deve \_\_\_\_

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível:

"FECHOU OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.  
Fechou os olhos \_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui." Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

FRASE: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto por cada cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dos dois quais entrecruzados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_

**Escala de normalidade em função da escolaridade:**

- Analfabetos:  $\geq 15$  pontos
- Entre 1 e 11 anos de escolaridade:  $\geq 22$  pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade:  $\geq 27$  pontos


(DGS,2019)

# FECHE OS OLHOS


2



PARES  
CRANIANOS



**Nervo Sensitivo**



## PARES CRANIANOS

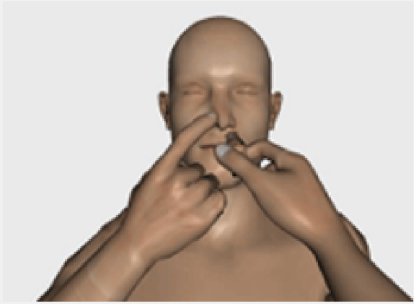
**I: Nervo Olfativo**


Função: Olfato.

Avaliação: Pedir à pessoa para encerrar os olhos e cheirar odores intensos- ex. essências de laranja, limão, café- numa narina e noutra.


Alterações:

**Parosmia** (perversão da percepção dos cheiros), **hiposmia** (diminuição da percepção dos cheiros) ou **anosmia** (ausência da percepção dos cheiros).





**Nervo Sensitivo**



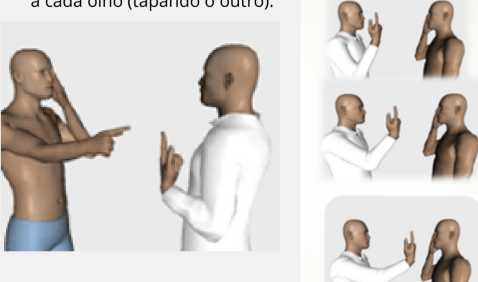
## PARES CRANIANOS

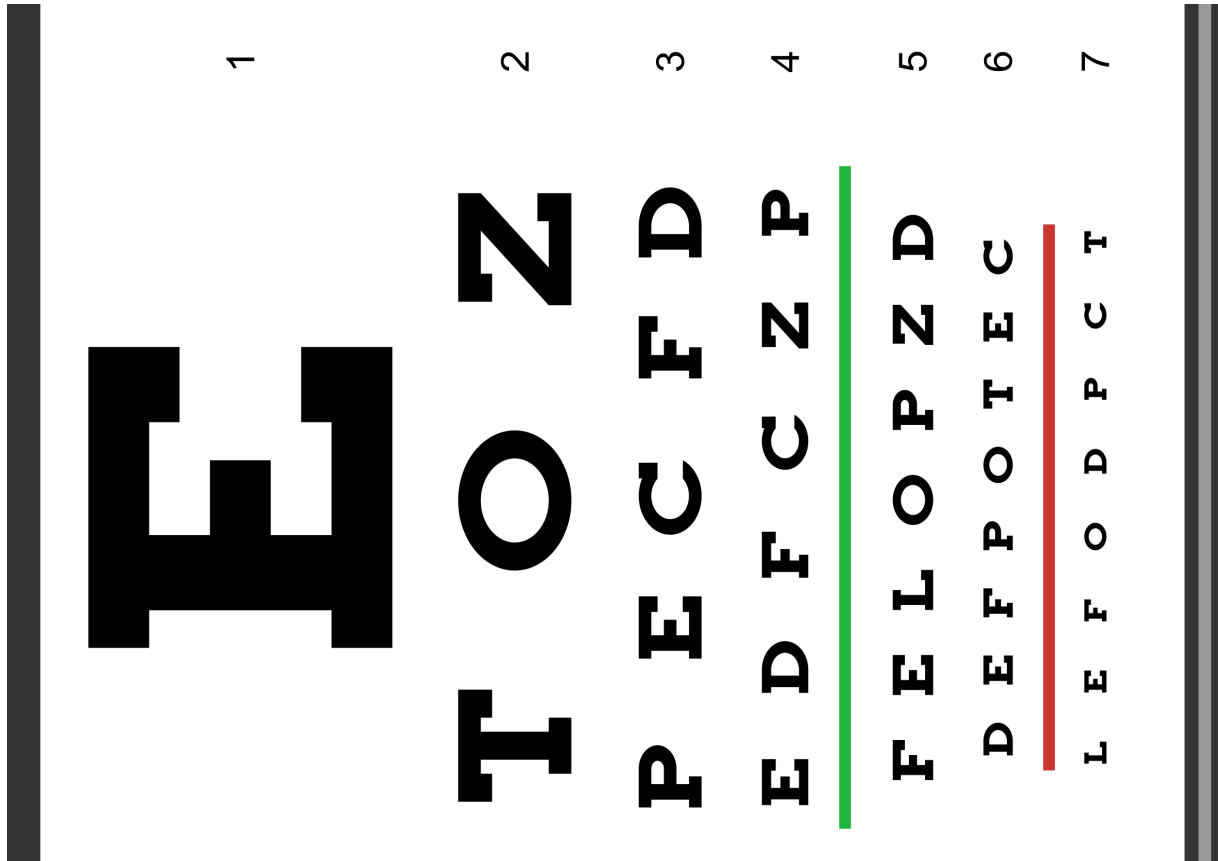
**II: Nervo Ótico**


Função: visão.

Avaliação:

- Acuidade visual: utilização da lâmina de *Snellen* (próximo cartão) a 60 cm de distância (distância de um braço).
- Campo visual: utilização do teste de confrontação a 1 metro de distância. Solicita-se que a pessoa fixe os olhos no nariz do examinador. Procede-se, então, ao deslocamento lento de ambas as mãos pelo campo periférico da pessoa, abrindo e fechando, alternadamente as mãos. Pergunta-se à pessoa se vê as mãos e se estas estão em movimento ou paradas/ onde está a mão do examinador. Realizar a avaliação a cada olho (tapando o outro).







## PARES CRANIANOS

### III: Nervo Oculomotor


**Função:** Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho.

**Avaliação:** Pedir à pessoa para fixar o dedo indicador da mão do examinador e realizar os movimentos oculares para cima, baixo, direita, esquerda. Repete-se o movimento com o outro olho. **Desenha-se um H e pede-se à pessoa para seguir o indicador do examinador com o olhar. Devemos testar o reflexo pupilar.**

**Alterações:**


Considera-se que a pessoa apresenta **isocoria**, quando as duas pupilas reagem de forma igual e **anisocoria** quando reagem de forma diferente.

**Nistagmo** (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, podendo ser verticais, horizontais ou rotatórios) **movimentos sacádicos** ou **ptose palpebral**.



# IV

Nervo Motor



## PARES CRANIANOS

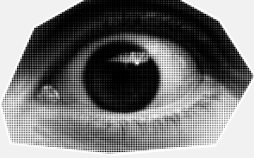
### IV: Nervo Patético/Troclear

Função: Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho- rotação do olho

Avaliação: Pedir à pessoa para fixar o dedo indicador da mão do examinador e realizar os movimentos oculares para cima, baixo, direita, esquerda. Repete-se o movimento com o outro olho. **Desenha-se um H e pede-se à pessoa para seguir o indicador do examinador com o olhar. Devemos testar o reflexo pupilar.**

Alterações:  
Considera-se que a pessoa apresenta **isocoria**, quando as duas pupilas reagem de forma igual e **anisocoria** quando reagem de forma diferente.

**Nistagmo** (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, podendo ser verticais, horizontais ou rotatórios) **movimentos sacádicos** ou **ptose palpebral**.



# V

Nervo Sensitivo e Motor



## PARES CRANIANOS

### V: Nervo Trigémeo

Função: Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) e perceções sensoriais da face (ramo sensorial).

Avaliação: Identificar a capacidade da pessoa em encerrar e mover a mandíbula bilateralmente, bem como observar simetrias;

Observar a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três secções do 5º par craniano;

Observar a presença do reflexo córneo palpebral bilateral.








# VI

Nervo Motor



## PARES CRANIANOS

### VI: Nervo abducente


**Função:** Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho (abdução do olho).

**Avaliação:** Pedir à pessoa para fixar o dedo indicador da mão do examinador e realizar os movimentos oculares para cima, baixo, direita, esquerda. Repete-se o movimento com o outro olho. **Desenha-se um H e pede-se à pessoa para seguir o indicador do examinador com o olhar. Devemos testar o reflexo pupilar.**

**Alterações:**


Considera-se que a pessoa apresenta **isocoria**, quando as duas pupilas reagem de forma igual e **anisocoria** quando reagem de forma diferente.

**Nistagmo** (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, podendo ser verticais, horizontais ou rotatórios) **movimentos sacádicos** ou **ptose palpebral**.



# VII

Nervo Sensitivo e Motor



## PARES CRANIANOS

### VII: Nervo Facial

**Função:** Controlo dos músculos faciais- mímica facial (ramo motor)

Perceção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial).

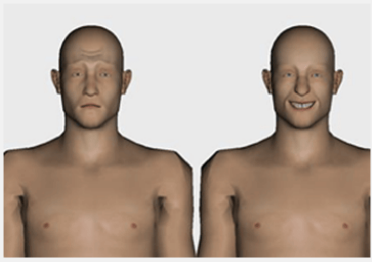
**Avaliação:** Simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano, solicitando à pessoa para sorrir e para franzir o sobrolho, encerrando firmemente as pálpebras.

**Alterações:**

Se apresenta dificuldade em manter a saliva, alimentos sólidos ou líquidos no lado afetado.

**Digeusia** (perceção do paladar alterada) ou **ageusia** (falta de paladar independente da causa).

**Nota:** Testar sabor salgado e doce.



# VIII

Nervo Sensitivo

## PARES CRANIANOS

### VIII: Nervo Vestibulococlear

Função: Vestibular (orientação e movimento) e Coclear (audição)

Avaliação: Divisão Coclear- ocluir um dos ouvidos com um algodão e aproximar do outro ouvido um relógio/ falar em voz baixa.  
Divisão vestibular- Equilíbrio

DIVISÃO COCLEAR:

- **TESTE DE ACUIDADE AUDITIVA (SIMULADOR TIC TAC)**
- **TESTE DE RINNE E TESTE DE WEBER**

DIVISÃO VESTIBULAR:

- **TESTE DE ROMBERG**

# IX

Nervo Sensitivo e Motor

## PARES CRANIANOS

### IX: Nervo Glossofaríngeo

Função: Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.

Avaliação: Testa a capacidade da pessoa através do reconhecimento de sabores como o doce (açúcar) ou salgado (sal), no 1/3 posterior da língua.

Reflexo faríngeo (vômito): estímulo mecânico da parede posterior da faringe ou solicitando que a pessoa pronuncie a letra "a" com a boca bem aberta.

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

X

Nervo Sensitivo e Motor

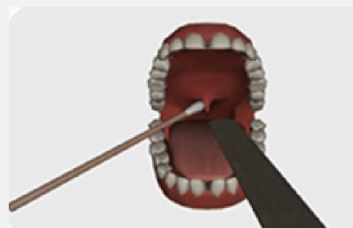


## PARES CRANIANOS

### X: Nervo Vago

Função: Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais. Alterações do tom de voz, por exemplo a hipofonia ou a disfonia, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.

Avaliação: Pedir à pessoa para abrir a boca, com a ajuda de uma espátula observar a úvula. Pedir à pessoa para dizer "Ah" (fonação) e verificar a presença de reflexo do vômito.



XI

Nervo Motor

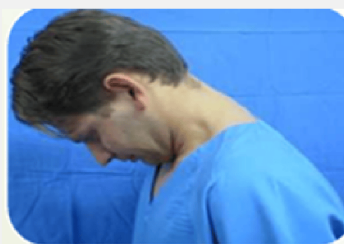


## PARES CRANIANOS

### XI: Nervo Acessório/Espinal


Função: Inervação da laringe (raiz bulbar), trapézio e esternocleidomastóideo (raiz espinal). Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio (rotação e inclinação da cabeça).

Avaliação: Verificar a existência de assimetrias de relevo no pescoço, ombro e escápula. Solicitar à pessoa para encostar o queixo ao peito e levantar os ombros.



# XII

Nervo Motor

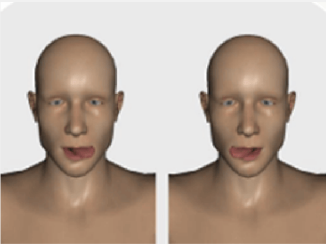


## PARES CRANIANOS

**XII: Nervo Hipoglosso**

Função: Inervação da musculatura da língua e motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição, articulação das palavras).

Avaliação: Propulsão antero-posterior na linha média e a lateralidade para a esquerda e para a direita observando-se se há desvios ou tremores da língua.



# 3



## NERVOS MOTORES

3

### Força Muscular

0	Sem contração (paralisia total)
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

### Tónus Muscular

Grau	Descrição
0	Sem aumento do tónus muscular
1	Discreto aumento do tónus muscular, manifestado pelo prender e libertar, ou por mínima resistência ao final da
1+	Discreto aumento do tónus muscular, manifestado pelo prender, seguido de mínima resistência através do resto
2	Marcante aumento do tónus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes
3	Considerável aumento do tónus muscular; movimentos passivos dificultados
4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão

**Presença de Clónus?** YES NO

4

## NERVOS SENSITIVOS

4

#### 1 Sensibilidade Superficial

##### Tátil

Tocar levemente na pele em várias zonas com o algodão/compressa.

Pedir à pessoa que diga "sim" sempre que sentir o toque.

##### Dolorosa

Tocar suavemente a pele da face, tronco e quatro membros, alternando entre ponta afiada e ponta romba.

Pedir à pessoa que diga se sente o toque e se consegue distinguir entre "pontiado" e "rombo".

##### Térmica

Com o diapasão, aplicar o tubo frio na pele e aquecer levemente o outro tubo por fricção e aplicar no mesmo local.

Pedir à pessoa que identifique se o toque é "frio" ou "quente".

#### 2 Sensibilidade Profunda

##### Proprioceptiva/Postural

Segurar o dedo da pessoa pelas laterais (evitando pressão na ponta). Mover o dedo para cima ou para baixo, pedindo que diga a posição sem olhar.

##### Vibratória

Fazer o diapasão vibrar (batendo-o levemente). Colocar a base sobre uma articulação. Pedir à pessoa que diga quando começa e quando deixa de sentir a vibração.

##### Epicrítica (Discriminação e Reconhecimento)

Testes:

**Estereognosia:** Colocar um objeto familiar (chave, moeda, colher) na mão do pessoa e pedir para identificar com os olhos fechados.

**Grafognosia:** Escrever um número ou letra na palma da mão e pedir para o identificar.

(TESTAR BILATERALMENTE)

5



REFLEXOS

5



## REFLEXOS AVALIAÇÃO

### REFLEXO PLANTAR

Por meio do estímulo firme na parte lateral da planta do pé, com uma chave ou outro objeto. A resposta normal é a flexão plantar dos dedos.



### REFLEXO PUPILAR

Contração das pupilas, quando se incide luz sobre elas.



### REFLEXO CORNEANO

Se os olhos piscam quando a córnea é tocada com um pedaço de algodão/compressa.



### REFLEXO DE VÔMITO

Se a pessoa apresenta um reflexo de vômito quando a parte posterior da garganta é tocada, por exemplo, com uma espátula.



### REFLEXO ANAL

Se o ânus se contrai quando é levemente tocado - em caso de lesão medular, podemos confirmar se é completa ou incompleta.

5



## REFLEXOS TENDINOSOS AVALIAÇÃO

### MEMBROS SUPERIORES

#### BICIPITAL C5 (FLEXÃO COTOVELO)



#### RADIAL C6 (FLEXÃO COTOVELO COM SUPINAÇÃO)



#### TRICIPITAL C7 (EXTENSÃO DO COTOVELO)



5



## REFLEXOS TENDINOSOS

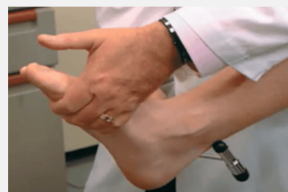
AVALIAÇÃO

### MEMBROS INFERIORES

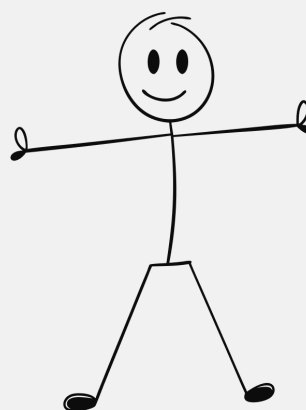
ROTULIANO  
L4  
(EXTENSÃO DO JOELHO)



AQUILIANO  
S1  
(FLEXÃO PLANTAR)



6



## COORDENAÇÃO MOTORA

6



### MARCHA

Para testar a marcha, pode se pedir à pessoa para caminhar numa linha reta e/ou colocando um pé em frente ao outro (*Marcha Tandem*), durante 3 a 5 metros. Verificar **alterações da marcha** através: Avaliação do ciclo da marcha; tipo de marcha (ex. simiesca); avaliar componentes da marcha-velocidade, comprimento e largura do passo (base de sustentação), base de apoio (se o pé assenta no chão) e mudança de direção).

### COORDENAÇÃO



- **Prova dedo-nariz** (tocar com a ponta do dedo no nariz).
- **Prova calcanhar Joelho** (em decúbito dorsal ou sentado, colocar o calcanhar no joelho da perna oposta).

Repetir esse movimento com rapidez e podemos pedir para executar esses movimentos primeiro com os olhos abertos e, em seguida, com os olhos fechados.

Alterações: **dismetria** (não atinge o alvo); **hipermetria** (ultrapassa o alvo); **hipometria** (não atinge o alvo) e/ou **tremores**.

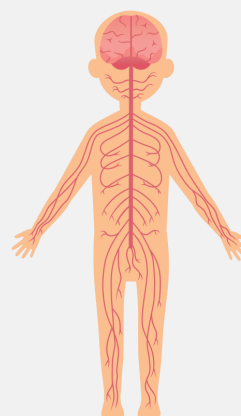


### EQUILÍBRIO

O **Teste de Romberg** é realizado para testar o sentido de posição. A pessoa deve estar de pé, parada, com os pés juntos sem perder o equilíbrio e repetir com os olhos fechados, o teste é **positivo** se existir queda ou iminência de queda, verificando-se a existência de **ataxia sensorial** (distúrbios da sensibilidade profunda).

**Avaliar equilíbrio estático e dinâmico, através da Escala de Equilíbrio de Berg.**

7



SISTEMA NERVOSO  
AUTÓNOMO

7



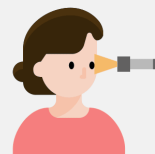
## SISTEMA NERVOSO AUTÓNOMO

Podem- se realizar testes como os seguintes:

- Avaliar a tensão arterial e a frequência cardíaca na **posição de deitado, sentado e de pé;**



- Examinar as pupilas quanto a respostas anormais ou falta de resposta às alterações da luz.



8



## PARÂMETROS VITAIS

8



**Temperatura**



**Frequência Cardíaca**



**Tensão Arterial**

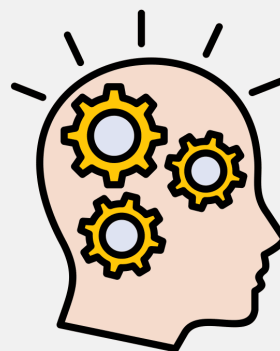


**Saturação Periférica de Oxigénio**



**Dor**

9



**NÍVEL DE  
CONSCIÊNCIA**

9

## Escala de Coma de Glasgow

Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1



# NeuroCheck

## Ferramenta de Apoio ao Exame Neurológico

Item de Avaliação	Avaliação	Observações
<b>1. Estado Mental</b>	<b>MMSE:</b>	
	Frase:  Desenho:  Score:	
<b>2. Pares Cranianos</b>	I-	
	II-	
	III-	
	IV-	
	V-	
	VI-	
	VII-	
	VIII-	
	IX-	
	X-	
	XI-	
	XII-	
<b>3. Nervos Motores</b>	Força Muscular (MRC Modificada):	

	<p>Tónus Muscular (<i>Ashworth</i> Modificada):</p> <p>Clónus presente- Sim/Não</p>	
<b>4. Nervos Sensitivos</b>	<p>Sensibilidade Superficial</p> <p>Tátil-</p> <p>Dolorosa-</p> <p>Térmica-</p> <p>Sensibilidade Profunda</p> <p>Proprioceptiva/Postural-</p> <p>Vibratória-</p> <p>Epicrítica-</p>	
<b>5. Reflexos</b>		
<b>6. Coordenação Motora</b>	<p>Marcha:</p> <p>Coordenação:</p> <p>Equilíbrio:</p>	
<b>7. Sistema Nervoso Autónomo</b>		
<b>8. Parâmetros Vitais</b>	<p>T°C: ____°C</p> <p>FC: ____bpm</p> <p>TA: ____ / ____mmHg</p> <p>SPO2: ____%</p> <p>Dor (END): ____</p>	
<b>9. Nível de Consciência</b>	<p>Escala de Coma de Glasgow: ____</p>	





**Apêndice VIII |**

Folheto Informativo “SOS Quedas: A Prevenção Começa em Casa”


### CAIU E AGORA?

**Se estiver acompanhado/a:**

- 1 Sentar a pessoa no chão. 
- 2 Colocar uma cadeira perto da pessoa.
- 3 Ajudar a pessoa a levantar-se e segurar com as duas mãos o cós das calças. 
- 4 Deixar a pessoa repousar sentado na cadeira durante o tempo necessário. 

**ATENÇÃO:**  
Se tiver uma dor muito intensa, localizada e não conseguir mexer-se: - **DEVE PEDIR AJUDA** -


**Se estiver sozinho/a:**

- 1 Colocar-se de gatas e gatinhar até chegar a uma mobília estável.
- 2 Agarrar-se à mobília e fazer força com os braços e as pernas para se colocar de pé.
- 3 Repousar sentado na cadeira durante o tempo necessário. 

### Como lidar com o: Medo de cair

- Falar com o cuidador/família para expressar emoções;
- Fale com o seu profissional de saúde de referência para expressar as suas emoções e, em conjunto, encontrarem soluções para o medo de cair (ex. treinar o cair e o levantar);
- Reduzir os fatores de risco do meio envolvente;
- Realizar exercício físico diário;
- Optar por ter o telemóvel perto de si (ex. bolsa ao pescoço).

**Referências Bibliográficas**



Realizado por:  
Equipa de Enfermagem de Reabilitação da UCC

Com a colaboração de  
Beatriz Novo (Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica)

**Contactos**

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

## SOS QUEDAS:

A PREVENÇÃO COMEÇA EM CASA.  
INFORMAÇÃO PARA A PESSOA/FAMÍLIA



### SABIA QUE ?

Com o passar dos anos, é natural que o nosso corpo mude, pelo que à medida que envelhecemos, aumentam também os riscos de ocorrência de quedas. Estas podem levar a: Fraturas; Incapacidade de realizar tarefas do dia-a-dia; Imobilidade; Alteração da dinâmica familiar; Aumento do medo de cair e Diminuição da qualidade de vida.


### FATORES DE RISCO

<p><b>Da Própria Pessoa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade avançada;</li> <li>• Doenças crónicas;</li> <li>• História de quedas;</li> <li>• Desvalorização da saúde;</li> <li>• A toma de vários medicamentos;</li> <li>• Diminuição da visão/audição;</li> <li>• Diminuição da força muscular;</li> <li>• Alterações da postura e equilíbrio;</li> <li>• Incontinência urinária/intestinal;</li> <li>• Perda de memória, ansiedade, depressão.</li> </ul>	<p><b>Relacionados com o meio envolvente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iluminação inadequada;</li> <li>• Objetos dispersos pelo chão e móveis fora do lugar;</li> <li>• Tapetes soltos;</li> <li>• Piso escorregadio;</li> <li>• Escadas sem corrimão;</li> <li>• Mobília instável;</li> <li>• Calçado e roupa inapropriados;</li> <li>• Auxiliares de marcha inadequados/mal adaptados (ex. andariço).</li> </ul>
--	---

### COMO PREVENIR AS QUEDAS EM CASA?

- Consulte um profissional de saúde sobre a **medicação** diária.
- Use sempre **óculos e/ou aparelho auditivo**, se tiver.
- Evite **roupas ajustadas ao corpo** e use **calçado** fechado e antiderrapante (não use chinelos).
- Pertences** ao seu alcance.
- Auxiliares de marcha** adequados.
- Casa** arrumada, sem objetos no chão.
- Não suba** em escadotes/cadeiras/bancos.
- Use **luzes** de presença à noite.
- Retire ou fixe bem os **tapetes** e evite **pisos** escorregadios.
- Se usar **grades na cama**, mantenha-as sempre levantadas.
- Instale **barras de apoio** na sanita e duche/banheira e use **tapete de banho** antiderrapante e fixo.
- As **escadas** devem ter corrimão dos dois lados.
- Pratique **exercício físico**.

**Prevenir é o caminho certo!**



### EXERCÍCIO FÍSICO

(Deitado, sentado e de pé, conforme tolerância)

- **Deitado de costas, levantar uma perna de cada vez** (10 repetições no total) 
- **Sentar e levantar da cadeira** (5 repetições) 
- **Sentado, levantar uma perna até à altura da cintura** (5 repetições) 
- **Em pé, mover a perna para o lado**, levantando-a devagar (5 repetições) 
- **Em pé, dobrar e esticar os joelhos**, alternando as pernas (10 repetições) 
- **Subir e descer nas pontas dos pés** (10 repetições) 
- **Com as mãos na cintura, rodar o tronco para a direita e depois para a esquerda** (durante 30 segundos) 
- **Andar em linha reta imaginária** 

**Apêndice IX |**

Folheto Informativo “Disfagia: Estratégias de Adaptação à Vida com Disfagia”



## Estratégias de Adaptação

Durante a refeição:

- Garantir um ambiente calmo e tranquilo;
- A pessoa deverá estar acordada e sentada;
- Fornecer a alimentação no campo visual da pessoa;
- Não encher demasiado a colher;
- Não usar palhinhas ou seringas (pode aumentar o risco de engasgar);
- Comer devagar e dar tempo à pessoa para engolir os alimentos/líquidos;
- Verificar a existência de resíduos na boca;
- Após a refeição, manter a pessoa sentada pelo menos 30 minutos;
- Incentivar a higiene oral frequente.

Sugestões de receitas com espessante :



(verifique sempre as instruções do fabricante acerca do espessante)

## DISFAGIA

A disfagia define-se como a dificuldade em engolir, ou seja, uma sensação de impedimento da passagem dos alimentos líquidos/sólidos (ou ambos), no caminho até ao estômago.

### PRINCIPAIS CAUSAS

- Acidente Vascular Cerebral (a causa mais comum, entre 27%-67% dos casos);
- Doença de Parkinson;
- Demência/Alzheimer;
- Traumatismo Crânio-Encefálico;
- Linfadenopatias,
- Neoplasias da cabeça/pescoço;
- Entre outras.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Realizado por:

**Beatriz Novo**

Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

Em caso de dúvida, contactar a equipa de enfermagem!

### CONTACTOS



## DISFAGIA

Informação para a pessoa e família



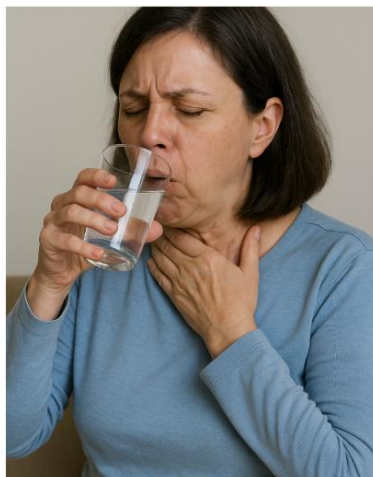
### Estratégias de Adaptação à Vida com Disfagia

Não precisa de abdicar do seu lugar na mesa!

### SINAIS DE ALERTA



- Espirros ou tosse após engolir os alimentos/líquidos;
- Pigarrear (limpar a garganta);
- Engasgos e/ou falta de ar;
- Sialorreia (Babar);
- Alterações da voz (voz molhada/rouca);
- Engolir várias vezes;
- Resíduos de comida na boca;
- Dificuldade em mastigar os alimentos;
- Tempo prolongado para engolir os alimentos/líquidos;
- Saída de alimento pelo nariz durante a alimentação;
- Lacrimejo após engolir alimentos/líquidos.



### COMPLICAÇÕES

- Infecções Respiratórias de Repetição ("falso trajeto"- comida/líquidos em vez de irem para o estômago vão para os pulmões);
- Desidratação;
- Perda de apetite e peso (desnutrição);
- Medo, Ansiedade e Isolamento social.



### EXERCÍCIOS A REALIZAR

Para melhorar o processo de engolir, aqui estão alguns exemplos:



#### Treinar a respiração

(Inspirar pelo nariz e expirar pela boca)



#### Exercitar os músculos da cara

(assobiar/mandar beijinhos, deitar a língua de fora, encher a boca de ar)

### IMPORTANTE

A **modificação da dieta**, de acordo com a avaliação realizada pelos profissionais e a **adaptação das consistências dos líquidos** com recurso ao **espessante**:



(Vídeo demonstrativo da preparação de consistências dos líquidos)

**Apêndice X |**

Validação do Folheto Informativo “SOS Quedas: A Prevenção Começa em Casa”

O respetivo folheto concretizado, no âmbito do Projeto “Prevenção de ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade”, foi validado pelos profissionais da equipa de reabilitação da UCC e por uma das pessoas alvo de cuidados, procedendo aos ajustes necessários. Posteriormente, obteve-se o parecer por parte do Conselho Técnico-Científico da UCC. Por forma, a que esta validação fosse mais robusta, procedemos à avaliação da inteligibilidade do folheto, após a sua elaboração e aquando da obtenção do parecer do Conselho Técnico-Científico.

Procedeu-se à avaliação dos parâmetros de inteligibilidade do folheto, no início e no final do processo através da fórmula de *Flesch* adaptada para português, utilizando a ferramenta online LX-CEFR (Rosendo & Santiago, 2017). Tal como se pode observar na tabela seguinte:

**Tabela 1.** Resultados da avaliação da inteligibilidade do folheto de prevenção de quedas

Parâmetros	Folheto de Prevenção de Quedas	
	Início	Final
Número de sílabas totais	1300	1223
Número de palavras totais	605	569
Número de frases totais	73	78
Número de letras/palavra	4,68	4,67
Número de sílabas/palavra (CMS)	2,15	2,15
Número de palavras/frase (CMF)	8,29	7,29
Inteligibilidade ( <i>Flesch</i> adaptado)	58,618	59,626
Inteligibilidade (ano de escolaridade correspondente)	<u>Fácil</u> 2º e 3º Ciclos (5º ao 9º ano)	<u>Fácil</u> 2º e 3º Ciclos (5º ao 9º ano)

Os valores utilizados como cut-offs da fórmula original foram os seguintes: entre 100-75 (muito fácil), 75-50 (fácil), 50-25 (difícil) e 25-0 (muito difícil). Sendo que correspondem, respetivamente, ao 1º ciclo (1º - 4º ano), 2º e 3º ciclos (5º - 9º ano), secundário (10º - 12º ano) e ensino superior (Rosendo & Santiago, 2017).

## 1. Cálculos realizados

- **Avaliação inicial da inteligibilidade:**

Inteligibilidade =  $248,835 - (1,015 \times \text{CMF}) - (84,6 \times \text{CMS})$

CMF = comprimento médio das frases (número de palavras dividido pelo número de frases)

CMS = comprimento médio de sílabas por palavra (número de sílabas dividido pelo número de palavras)

Número de palavras: 605

Número de frases: 73

CMF:  $605/73 = 8,288$

Número de sílabas: 1300

CMS:  $1300/605 = 2,149$

**Inteligibilidade (inicial)** =  $248,835 - (1,015 \times 8,288) - (84,6 \times 2,149) = 248,835 - 8,412 - 181,805 = 58,618$  (Fácil-2º e 3º ciclos (5º - 9º ano)).



**Figura 1.** Gráfico da avaliação da inteligibilidade inicial do folheto

- **Avaliação final da inteligibilidade:**

Número de palavras: 569

Número de frases: 78

CMF:  $569/78 = 7,295$

Número de sílabas: 1223

CMS:  $1223/569 = 2,149$

Inteligibilidade (final) =  $248,835 - (1,015 \times 7,295) - (84,6 \times 2,149) = 248,835 - 7,404 - 181,805 = 59,626$  (Fácil-2º e 3º ciclos (5º - 9º ano)).



Figura 2. Gráfico da avaliação da inteligibilidade final do folheto

Fonte: Rosendo, I. & Santiago, L. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33, 244-50. <https://scielo.pt/pdf/rpmgf/v33n4/v33n4a02.pdf>

**Apêndice XI |**

Validação do Folheto Informativo “Disfagia: Estratégias de Adaptação à Vida com Disfagia”

O folheto concretizado, relativo à pessoa com deglutição comprometida, foi validado pelos profissionais da Equipa de Enfermagem do CR, com a respetiva validação por parte da chefia do serviço, sendo que não existiu oportunidade de realizar, durante o Estágio, a etapa de validar junto das pessoas alvo de cuidados. Por forma, a que esta validação fosse mais robusta, procedemos à avaliação da inteligibilidade do folheto, após a sua elaboração e, de modo, a proporcionar uma linguagem mais adequada à população-alvo.

Procedeu-se à avaliação dos parâmetros de inteligibilidade inicial do folheto através da fórmula de *Flesch* adaptada para português, utilizando a ferramenta online LX-CEFR (Rosendo & Santiago, 2017). De ressaltar, que se perspetiva a realização da avaliação da inteligibilidade final, aquando da validação do folheto por parte das pessoas alvo de cuidados e famílias. Tal como se pode observar na tabela seguinte:

Tabela 1. Resultados da avaliação da inteligibilidade do folheto para a pessoa com disfagia

Parâmetros	Folheto sobre a Pessoa com Disfagia
	Inicial
Número de sílabas totais	1047
Número de palavras totais	452
Número de frases totais	64
Média de letras/palavra	5,16
Número de sílabas/palavra (CMS)	2,316
Número de palavras/frase (CMF)	7,0625
Inteligibilidade ( <i>Flesch</i> adaptado)	45,7
Inteligibilidade (ano de escolaridade correspondente)	<b>Difícil</b> Ensino Secundário (10º - 12º ano)

Os valores utilizados como *cutt-offs* da fórmula original foram os seguintes: entre 100-75 (muito fácil), 75-50 (fácil), 50-25 (difícil) e 25-0 (muito difícil). Sendo que correspondem, respetivamente, ao 1º ciclo (1º - 4º ano), 2º e 3º ciclos (5º - 9º ano), secundário (10º - 12º ano) e ensino superior (Rosendo & Santiago, 2017).

#### 1. Cálculos realizados

- Avaliação inicial da inteligibilidade:

$$\text{Inteligibilidade} = 248,835 - (1,015 \times \text{CMF}) - (84,6 \times \text{CMS})$$

CMF = comprimento médio das frases (número de palavras dividido pelo número de frases)

CMS = comprimento médio de sílabas por palavra (número de sílabas dividido pelo número de palavras)

Número de palavras: 452

Número de frases: 64

$$\text{CMF}: 452/64 = 7,0625$$

Número de sílabas: 1047

$$\text{CMS}: 1047/452 = 2,316$$

$$\text{Inteligibilidade} = 248,835 - (1,015 \times 7,0625) - (84,6 \times 2,316) = 248,835 - 7,168 - 195,934 = 45,7$$

(Difícil- Ensino Secundário (10º - 12º ano))



Figura 1. Gráfico da Inteligibilidade Inicial do Folheto Informativo



**Apêndice XII |**

Tabela de Comunicação

### TABELA DE COMUNICAÇÃO

Realizado por:  
Beatriz Novo, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da  
Escola Superior de Saúde Atlântica  
Sob Supervisão Clínica de  
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

**10** PIOR DOR QUE JÁ SENTIU

9

8

7

6

5

4

3

2

1

**0** SEM DOR

**CORPO**

#### EMOÇÕES

 COMIDA	 ÁGUA	 MEDICAMENTO	 DORMIR	 BANHO	 ROUPA	 LAVAR OS DENTES	 WC	 URINAR
 EVACUAR	 TELEMÓVEL	 CARREGADOR	 CADEIRA DE RODAS	 CAMA	 SUBIR	 DESCER	 MÚSICA	 ESCREVER
 ENFERMEIRA/O	 MÉDICO/A	 FAMÍLIA	 TV	 ÓCULOS	 TONTURA	 TOSSE	 VÔMITO	 AJUDA
 ONTEM	 HOJE	 AMANHÃ	 ESPELHO	 LUZ	 DIA	 NOITE	 TALA	 TABULEIRO

SIM

NÃO

NÃO PERCEBI

ESPERA/DEVAGAR

REPETE

DEPARTAMENTO


CASA

FRIO

CALOR


**Apêndice XIII |**

Ação de Formação sobre o Procedimento Setorial: “Prevenção da ocorrência de quedas em  
pessoas idosas residentes na comunidade”



Procedimento Setorial

## Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade



julho 2025

**Realizado por:**  
Equipa de Enfermagem de Reabilitação da UCC [redacted]

**com a colaboração da:**  
Beatriz Antunes Novo  
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica



## ÍNDICE

- Introdução
- Descrição do Procedimento Setorial
- Desafio
- Conclusão
- Enquadramento
- Referências Bibliográficas





## INTRODUÇÃO



### Objetivo Geral

Uniformizar procedimentos para a prevenção e redução da ocorrência de quedas na pessoa idosa residente na comunidade.



### Âmbito de aplicação

Guia orientador das intervenções a implementar no âmbito da prevenção de quedas pela Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [redacted].



### Direcionado para

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCC [redacted]



## O QUE SABEMOS SOBRE AS QUEDAS?

www.kahoot.it

As quedas são consideradas a segunda causa de morte?  
Verdadeiro (selected) / Falso

Qual o local onde ocorrem mais quedas?  
Domicílio (selected) / Rua / Hospital / Outro

Selecione os fatores de risco extrínsecos e modificáveis:  
Idade Avançada / Tapetes Soltos (selected) / Calçado / Co-Morbilidades (selected)

O medo de cair, ocorre apenas em pessoas com história prévia de quedas?  
Verdadeiro (selected) / Falso

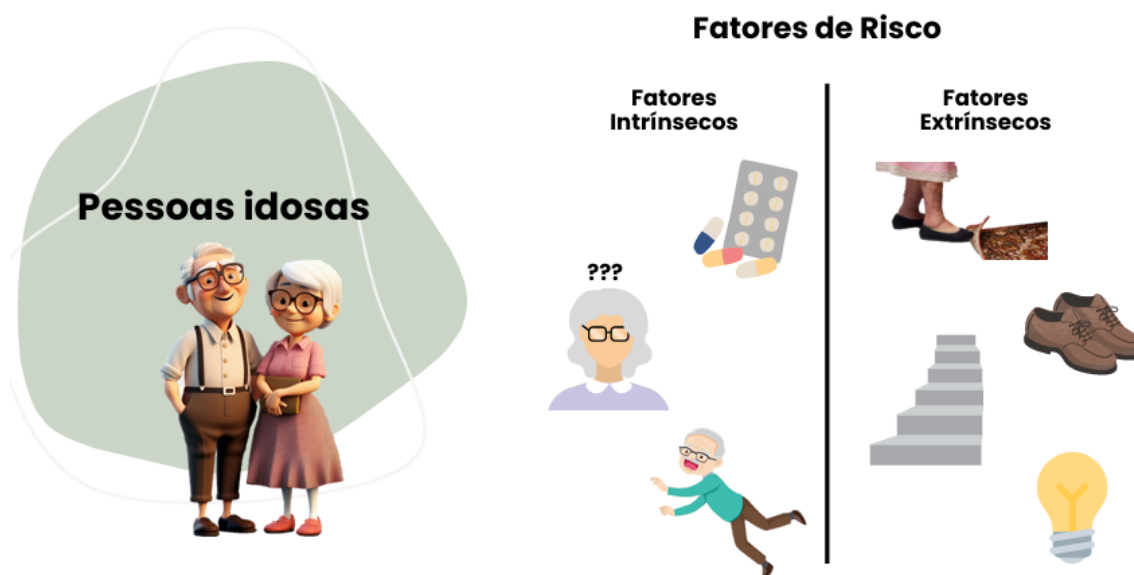
## ENQUADRAMENTO



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## ENQUADRAMENTO



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025



## ENQUADRAMENTO

Relativamente à população total que a UCC abrange, cerca de 40,72% da mesma corresponde a pessoas idosas (Ministério da Saúde, 2025).



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025



## ENQUADRAMENTO

(Registered Nurses Association of Ontario, 2017)

**As equipas de saúde têm a responsabilidade de promover estratégias de:**

- Identificação de fatores de risco de queda e medo de cair;
- Prevenção de lesões por queda;
- Diminuição da ocorrência das quedas.



**Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EER)**  
como mediadores deste processo.

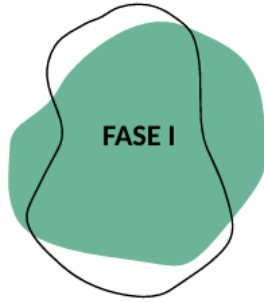


Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Pelas diversas valências existentes na UCC e pela necessidade transdisciplinar de intervenção neste âmbito, o presente procedimento será dividido em 2 fases de avaliação e intervenção:



Dirigido para **todas as pessoas integradas em ECCI**



Dirigido para **todas as pessoas integradas no Projeto**

Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### FASE I

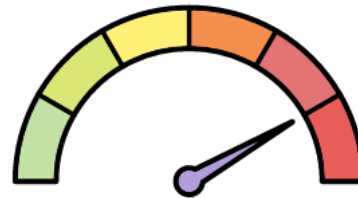
1. Deve ser realizada a **avaliação do risco de queda** a todos as pessoas em contexto domiciliar:
  - a. Através da **Escala de Quedas de Morse**, validada para Portugal.

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bergala/andarião	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Grau de Risco de Queda	Pontuação
Sem risco	0 - 24
Baixo risco	25 - 50
Alto risco	>51

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). Norma nº 008/2019: Prevenção e intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>



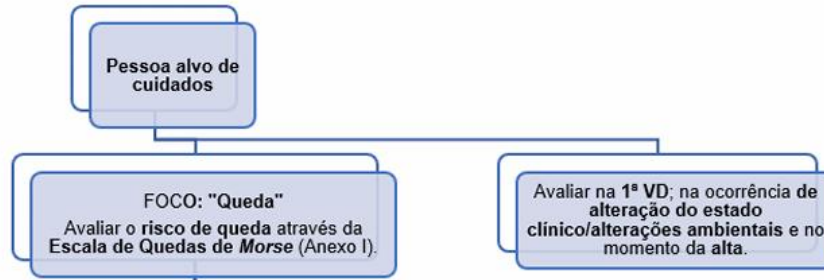
Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

(Baixinho & Santos, 2020; Novo et al., 2025; Oliveira et al., 2018)

### Fluxograma: FASE I



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

b. Mediante a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse, deverão ser **implementadas as seguintes intervenções de enfermagem**:

**Sem  
Risco de Queda**

Risco de Queda	Intervenções de Enfermagem
<b>Sem Risco de Queda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento da pessoa/prestador de cuidados;</li> <li>- Avaliar conhecimento da pessoa/cuidador sobre prevenção de quedas;</li> <li>- Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas (educação para a saúde à pessoa/prestador de cuidados, com enfoque nos fatores de risco de queda, nas precauções básicas e nas medidas específicas de prevenção, promovendo a literacia em saúde através de uma linguagem clara e adequada a cada pessoa (ex. otimizar ambiente físico, manter grades da cama) (Direção-Geral da Saúde, 2019; Baixinho &amp; Santos, 2019)).</li> <li>- Assistir a pessoa/cuidador a identificar condições de risco de queda;</li> <li>- Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda;</li> <li>- Providenciar material de leitura (Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I).</li> </ul>

**Sem risco de queda  
(score de 0 e ≤ 24)**

**Intervenções de Enfermagem**

- Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento da pessoa/prestador de cuidados;
- Avaliar conhecimento da pessoa/cuidador sobre prevenção de quedas;
- Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas;
- Assistir a pessoa/cuidador a identificar condições de risco de queda;
- Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda;
- Providenciar material de leitura (Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I).

Horário: Todos os contactos.

Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Folheto

**CAIU E AGORA?**

**Se estiver acompanhado/a:**

- 1 Sentar a pessoa no chão.
- 2 Colocar uma cadeira perto da pessoa.
- 3 Ajudar a pessoa a levantar-se e segurar com as duas mãos o cós das calças.
- 4 Deixar a pessoa repousar sentado na cadeira durante o tempo necessário.

**ATENÇÃO:**  
Se tiver uma dor muito intensa, localizada e não conseguir mexer-se - **DEVE PEDIR AJUDA** -

**Se estiver sozinho/a:**

- 1 Colocar-se de gatas e gatinhar até chegar a uma mobília estável.
- 2 Agarrar-se à mobília e fazer força com os braços e as pernas para se colocar de pé.
- 3 Repousar sentado na cadeira durante o tempo necessário.

**Como lidar com o: Medo de cair**

- Falar com o cuidador/família para expressar emoções;
- Fale com o seu profissional de saúde de referência para expressar as suas emoções e, em conjunto, encontrarem soluções para o medo de cair (ex. treinar o cair e o levantar);
- Reduzir os fatores de risco do meio envolvente;
- Realizar exercício físico diário;
- Optar por ter o telemóvel perto de si (ex. bolsa ao pescoço).

**Referências Bibliográficas**

Realizado por:  
Equipa de Enfermagem de Reabilitação da UCC

Com a colaboração de  
Beatriz Novo (Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica)

**Contactos**



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

**SABIA QUE ?**

Com o passar dos anos, é natural que o nosso corpo mude, pelo que à medida que envelhecemos, aumentam também os riscos de ocorrência de quedas. Estas podem levar a: Fraturas; Incapacidade de realizar tarefas do dia-a-dia; Imobilidade; Alteração da dinâmica familiar; Aumento do medo de cair e Diminuição da qualidade de vida.

**FATORES DE RISCO**

**Da Própria Pessoa**

- Idade avançada;
- Doenças crónicas;
- História de quedas;
- Desvalorização da saúde;
- A toma de vários medicamentos;
- Diminuição da visão/audição;
- Diminuição da força muscular;
- Alterações da postura e equilíbrio;
- Incontinência urinária/intestinal;
- Perda de memória, ansiedade, depressão.

**Relacionados com o meio envolvente**

- Iluminação inadequada;
- Objetos dispersos pelo chão e móveis fora do lugar;
- Tapetes soltos;
- Piso escorregadio;
- Escadas sem corrimão;
- Mobília instável;
- Calçado e roupa inapropriados;
- Auxiliares de marcha inadequados/mal adaptados (ex. andarilho).

**COMO PREVENIR AS QUEDAS EM CASA?**

- Consulte um profissional de saúde sobre a **medicação** diária.
- Use sempre **óculos e/ou aparelho auditivo**, se tiver.
- Evite **roupas ajustadas ao corpo** e use **calçado** fechado e antiderrapante (não use chinélos).
- Pertences** ao seu alcance.
- Auxiliares de marcha** adequados.
- Casa** arrumada, sem objetos no chão.
- Não suba** em escadotes/cadeiras/bancos.
- Use **luzes** de presença à noite.
- Retire ou fixe bem os **tapetes** e evite **pisos** escorregadios.
- Se usar **grades na cama**, mantenha-as sempre levantadas.
- Instale **barras de apoio** na sanita e duche/banheira e use **tapete de banho** antiderrapante e fixo.
- As **escadas** devem ter corrimão dos dois lados.
- Pratique **exercício físico**.

**Prevenir é o caminho certo!**

**EXERCÍCIO FÍSICO**  
(Deitado, sentado e de pé, conforme tolerância)

- **Deitado de costas, levantar uma perna de cada vez** (10 repetições no total)
- **Sentar e levantar da cadeira** (5 repetições)
- **Sentado, levantar uma perna até à altura da cintura** (5 repetições)
- **Em pé, mover a perna para o lado, levantando-a devagar** (5 repetições)
- **Em pé, dobrar e esticar os joelhos**, alternando as pernas. (10 repetições)
- **Subir e descer nas pontas dos pés** (10 repetições)
- **Com as mãos na cintura, rodar o tronco para a direita e depois para a esquerda** (durante 30 segundos)
- **Andar em linha reta imaginária**

Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Baixo Risco de Queda

Baixo risco de queda  
(score de  $\geq 25$  e  $\leq 50$ )

Risco de Queda	Intervenções de Enfermagem
<b>Baixo Risco de Queda</b>	<p><b>Intervenções de Enfermagem com Foco no Conhecimento sobre a prevenção de quedas, delineadas para pessoas <u>Sem</u> Risco de Queda.</b></p> <p>Escolher <b>3 das 5 intervenções</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar ambiente físico;</li> <li>- Gerir ambiente;</li> <li>- Manter grades da cama;</li> <li>- Vigiar medidas de segurança;</li> <li>- Providenciar dispositivos.</li> </ul>

**Intervenções de Enfermagem**

- Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento da pessoa/prestador de cuidados;
- Avaliar conhecimento da pessoa/cuidador sobre prevenção de quedas;
- Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas;
- Assistir a pessoa/cuidador a identificar condições de risco de queda;
- Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda;

Escolher **3 das 5 intervenções**:

- Otimizar ambiente físico;
- Gerir ambiente;
- Manter grades da cama;
- Vigiar medidas de segurança;
- Providenciar dispositivos.
- Providenciar material de leitura (Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I).

Horário: Todos os contactos.

Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Alto Risco de Queda

Alto risco de queda  
(score de  $\geq 51$ )

Risco de Queda	Intervenções de Enfermagem
<b>Alto Risco de Queda</b>	<p><b>Intervenções de Enfermagem com Foco no Conhecimento sobre a prevenção de quedas, delineadas para pessoas <u>Sem</u> Risco de Queda.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar ambiente físico;</li> <li>- Manter grades da cama;</li> <li>- Gerir medidas de segurança;</li> <li>- Executar medidas de segurança;</li> <li>- Negociar cuidados;</li> <li>- Assistir no andar (se aplicável).</li> </ul>

**Intervenções de Enfermagem**

- Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento da pessoa/prestador de cuidados;
- Avaliar conhecimento da pessoa/cuidador sobre prevenção de quedas;
- Ensinar a pessoa/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas;
- Assistir a pessoa/cuidador a identificar condições de risco de queda;
- Instruir prestador de cuidados a prevenir a queda;
- Otimizar ambiente físico;
- Manter grades da cama;
- Gerir medidas de segurança;
- Executar medidas de segurança;
- Negociar cuidados;
- Assistir no andar (se aplicável).
- Providenciar material de leitura (Folheto de Prevenção de Quedas- Apêndice I).

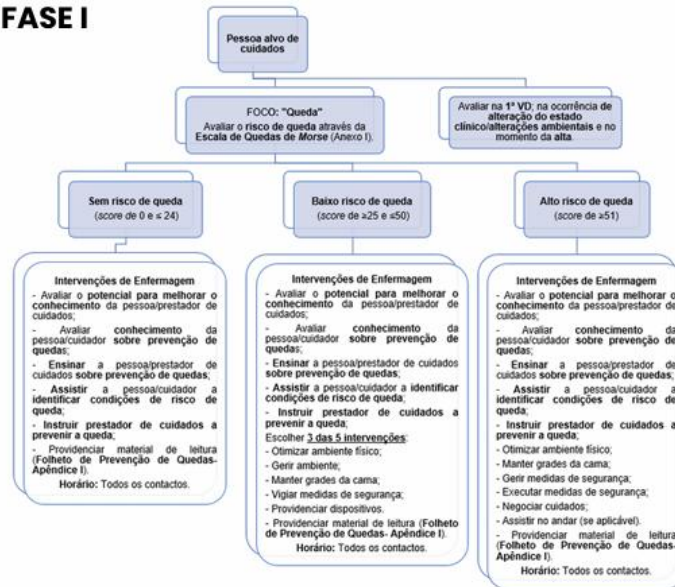
Horário: Todos os contactos.

Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Fluxograma: FASE I



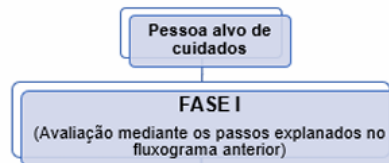
Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### FASE II

(Baixinho & Santos, 2020; Novo et al., 2025; Oliveira et al., 2018)



b. Mediante a **avaliação do risco de queda** através da **Escala de Quedas de Morse**, deverão ser implementadas as seguintes **intervenções de enfermagem de reabilitação**:



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Intervenções de Enfermagem de Reabilitação:

**Baixo  
Risco de Queda**

- As mesmas intervenções de enfermagem delineadas para as pessoas com **Baixo Risco de Queda da FASE I**;
- Adicionando as seguintes intervenções de EEER:
  - Avaliar através da **grelha de observação** do risco de queda;
  - Avaliar o **medo**;
    - No caso de a pessoa apresentar **medo de cair**:
      - Avaliar o **autocontrolo: medo**;
      - Avaliar o **conhecimento sobre autocontrolo: medo**;
      - Ensinar estratégias adaptativas para a redução do medo de cair.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Avaliação do Medo de Cair

Escala de Perceção do Medo de Cair para pessoas idosas- versão portuguesa reduzida da Escala Falls Efficacy Scale- International de 7 itens:

Questões relativas ao Medo de Cair	Respostas			
	Nem um pouco preocupado (1)	Um pouco preocupado (2)	Muito preocupado (3)	Extremamente preocupado (4)
Vestir e despir a roupa				
Tomar banho ou duche				
Sentar ou levantar de uma cadeira				
Subir ou descer escadas				
Apanhar algo acima do nível da cabeça ou do chão				
Subir ou descer uma ladeira				
Frequentar um evento social (ex. ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)				

A pontuação varia entre 7 a 28 pontos de score total, sendo que uma **pontuação igual ou superior a 15**, nas pessoas idosas residente na comunidade, prediz o medo de cair em geral, equilíbrio comprometido, visão comprometida e diminuição do estado de saúde.

Fonte: Marques-Vieira, C.; Sousa, L.; Balinho, C.; Reis, M.; Pérez-Rivas, F.; Sousa, L. (2021). Validação da **Falls Efficacy Scale** Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. **Tudo & Contexto Enfermagem**, 30: e20190243, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

**Grelha de Observação do Risco de Queda**

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Avaliação multifatorial pelo EEER

**Alto**  
**Risco de Queda**

- Avaliar através da **grelha de observação** do risco de queda;
- Avaliar a mobilidade e o equilíbrio através da aplicação do **Timed Up and Go Test** (TUG);
- Monitorizar Escala de Coma de *Glasgow* ( incluindo avaliação cognitiva através do **Mini Mental State Examination** (MMSE));
- Avaliar Movimento Muscular, com recurso à **Medical Research Council Modificada** (MRC Modificada);
- Avaliar Equilíbrio Corporal, com recurso à **Escala de Equilíbrio da Plataforma SClinico**;
- Foco "**Gestão do Regime Terapêutico**": Otimizar a gestão do regime medicamentoso e Otimizar regime dietético;
- Foco "**Serviço de Saúde**"- Incentivar a pessoa a procurar outras áreas de intervenção, se aplicável.

**Horário:** Admissão e Momento da Alta.

Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Intervenções do EEER, perante a avaliação multifatorial :

**Alto**  
**Risco de Queda**

- As intervenções de enfermagem que se encontram englobadas no **baixo risco de queda**, adicionando as seguintes:
  - Foco "Queda":
    - Gerir medidas de segurança;
    - Executar medidas de segurança;
    - Negociar cuidados;
    - Integrar dispositivos de deteção de queda;
    - Realizar treino de exercício físico;
    - Realizar treino de atividades de vida diária (AVD);
  - Foco "Movimento muscular": intervenções individualizadas para pessoa/cuidador;
  - Foco "Equilíbrio Corporal": intervenções individualizadas para pessoa/cuidador;
  - Foco "Andar"/"Andar com meio auxiliar de marcha"(se aplicável).



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Timed Up and Go Test (TUG)



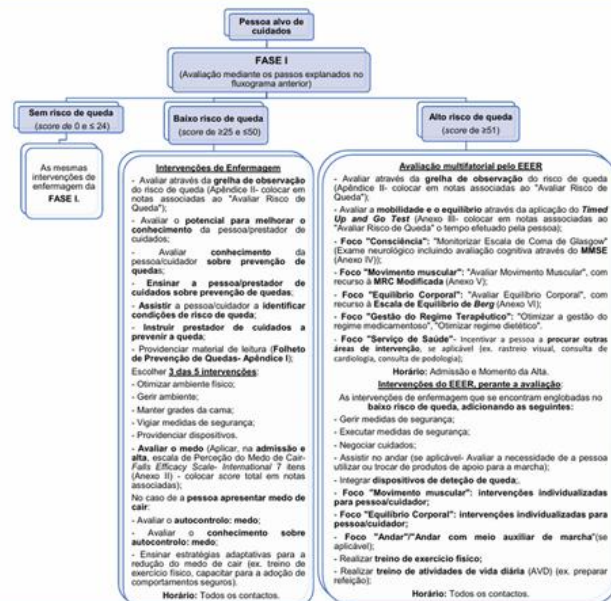
Fonte: <https://www.cdc.gov/steady/hcp/clinical-resources/>

Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Fluxograma: FASE II



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025



## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### A PESSOA IDOSA CAIU, E AGORA?!



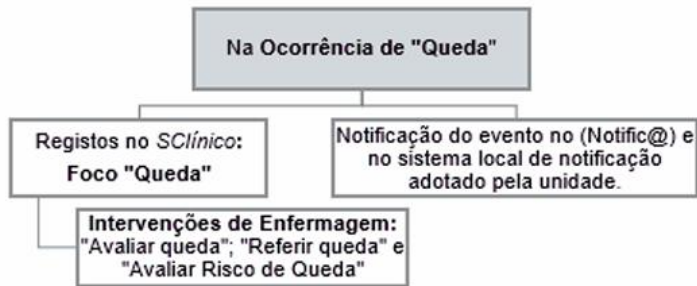
Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025



## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Avaliação pós-queda



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO



### REGISTOS

Através do sistema de informação do **SClínico**, conforme explanado nos fluxogramas anteriores.

### AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Auditorias anuais aos processos clínicos

Apresentação dos respetivos dados em reunião de equipa



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## CONCLUSÃO

A sociedade de hoje



A sociedade do amanhã



**A prevenção é  
o caminho certo!**

Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025

---

---

# Obrigada pela vossa atenção

Alguma questão ou sugestão?



Equipa de Enfermagem de Reabilitação e Estudante do Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação Beatriz Novo

16 de julho de 2025



**Apêndice XIV |**

Diagnóstico de Situação: “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”



## Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família

O presente questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e tem como objetivo *major* recolher informações sobre a experiência, práticas e necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente aos cuidados prestados com as pessoas com alterações da deglutição.

As respostas são anónimas e confidenciais, findo este processo, os dados serão destruídos. O questionário destina-se à elaboração de um diagnóstico de situação para a consecução de um **folheto informativo** dirigido à pessoa com alteração da deglutição e sua família e à **planificação de uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem** sobre o tema.

\* Indica uma pergunta obrigatória

### Secção 1-Fenómeno em Estudo

**Pergunta 1:** Considera pertinente abordar o tema da gestão da deglutição comprometida na pessoa com alterações neurológicas no serviço? \*

- Sim.
- Não.

## **Secção 2- Experiência na Área da Deglutição Comprometida**

**Pergunta 1:** Tem formação na área da deglutição comprometida (disfagia)? \*

- Sim.
- Não.

**Pergunta 2:** Com que frequência acompanha pessoas com disfagia? \*

- Diariamente.
- Várias vezes por semana (5-6 vezes/semana).
- Ocasionalmente (3-4 vezes/semana).
- Raramente (1-2 vezes/semana).
- Nunca.

**Pergunta 3:** Existe algum Procedimento Setorial/Instrução de Trabalho/Norma de enfermagem sobre a gestão da disfagia no serviço? \*

- Sim.
- Não.
- Desconheço.

**Pergunta 4:** Sente-se seguro(a) ao alimentar/incentivar a ingestão hídrica de pessoas com disfagia? \*

- Muito seguro(a).
- Razoavelmente seguro(a).
- Pouco seguro(a).
- Inseguro(a).

**Pergunta 5:** Considera que as pessoas com alterações neurológicas e os seus cuidadores apresentam dificuldades na gestão da disfagia? \*

- Sim.
- Não.

**Pergunta 5.1:** Se sim, refira a(s) dificuldade(s) mais mencionada(s) pelas pessoas e cuidadores? \*

A sua resposta

---

### Secção 3- Gestão da Disfagia

#### Pergunta 1: Conhece a escala *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*? \*

##### *GUSS Gugging Swallowing Test*

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

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

	SIM	NÃO
<b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarrear</b> (tosse voluntária) [o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes]	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso		
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>		(5)
	1 - 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

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

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 - 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 - 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	(20)		

- Sim, e utilizo.
- Sim, mas não utilizo.
- Já ouvi falar.
- Desconheço.

**Pergunta 2:** Sinais que costuma observar em pessoas com disfagia (assinale \* as que se aplicam):

- Tosse ou engasgamento durante refeições.
- Alteração da voz após engolir.
- Sialorreia (salivação excessiva).
- Dificuldade em iniciar a deglutição.
- Perda de peso/desnutrição.
- Pneumonias de repetição.
- Outra: \_\_\_\_\_

**Pergunta 3:** Principais causas de disfagia observadas no serviço: \*

- AVC.
- Doença de Parkinson.
- Doença de Alzheimer/demência.
- Traumatismo crânio-encefálico.
- Neoplasia de cabeça/pescoço.
- Outra: \_\_\_\_\_

**Pergunta 4:** Estratégias utilizadas, no serviço, para prevenir complicações \* da disfagia (selecione as que mais utiliza):

- Adequar posição da pessoa durante a refeição/ingestão hídrica.
- Supervisão da alimentação.
- Adaptação de consistências alimentares.
- Fortalecimento da musculatura da mímica facial.
- Cuidados de higiene oral.
- Encaminhamento precoce para terapeuta da fala.
- Outra: \_\_\_\_\_

**Pergunta 5:** Que produtos de apoio existem no serviço para pessoas com disfagia? \*



Copos adaptados.



Palhinhas.



Espelhos.

Outra:

\_\_\_\_\_



Espessante.

**Pergunta 6:** Dos produtos de apoio acima mencionados, tem por hábito utilizar algum deles? \*

Sim.

Não.

**Pergunta 6:** Dos produtos de apoio acima mencionados, tem por hábito utilizar algum deles? \*

- Sim.
- Não.

#### **Secção 4- Formação**

**Pergunta 1:** Quais as principais dificuldades/necessidades da equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com disfagia (selecione até 4 opções)? \*

- Falta de formação específica.
- Falta de protocolos uniformizados.
- Falta de tempo.
- Falta de articulação com terapeuta da fala.
- Escassez de recursos e materiais.
- Outra: \_\_\_\_\_

**Pergunta 2:** Que estratégias considera pertinentes para implementar no serviço (selecione até 2 opções)? \*

- Póster informativo sobre alterações da deglutição.
- Folheto informativo para a pessoa/família.
- Ação de formação online dirigida à equipa de enfermagem.
- Ação de formação presencial dirigida à equipa de enfermagem.
- Ação de formação híbrida (presencial + online) dirigida à equipa de enfermagem.
- Outra: \_\_\_\_\_

**Pergunta 3:** Existe algum folheto, protocolo ou guia sobre a disfagia no serviço? \*

- Sim.
- Não.
- Desconheço.

**Pergunta 3.1:** Considera importante criar um? \*

- Sim.
- Não.

**Pergunta 4:** Conteúdos que considera essenciais num folheto informativo sobre disfagia para a pessoa alvo de cuidados/família (selecione até 4 opções)? \*

- Definição e causas principais.
- Sinais de alerta.
- Riscos e complicações.
- Estratégias de prevenção.
- Cuidados durante a alimentação.
- Contactos úteis (equipa de enfermagem, equipa médica, terapeuta da fala, nutrição).
- Outra: \_\_\_\_\_

**Pergunta 5:** Quais os temas que considera importantes para abordar numa \*  
ação de formação sobre disfagia dirigida à equipa de enfermagem (selecione  
até 4 opções)?

- Escala de avaliação da deglutição – GUSS.
- Causas e sinais de alerta.
- Estratégias de adaptação e prevenção de complicações.
- Adaptação de consistências dos líquidos.
- Responsabilidade da equipa de enfermagem.
- Intervenção transdisciplinar (terapeuta da fala, nutrição, equipa médica).
- Registos de enfermagem.
- Outra: \_\_\_\_\_



## **Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família**

### **Agradecimento Final**

Obrigada pela sua colaboração!  
As suas respostas irão contribuir para a criação de materiais educativos e de uma  
ação de formação adaptada às reais respostas humanas das pessoas com alterações  
neurológicas e às necessidades da equipa de enfermagem do serviço de  
internamento.

**Apêndice XV |**

Ação de Formação “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”



## AÇÃO DE FORMAÇÃO

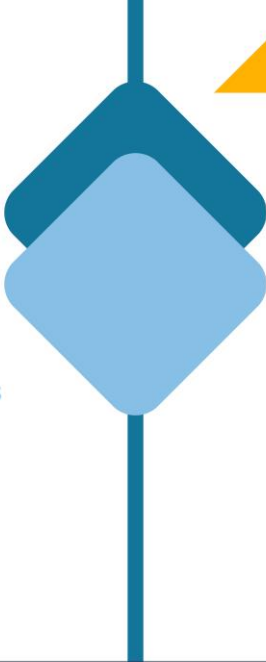
### Deglutição comprometida:

A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família

---

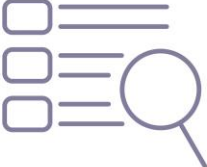
Realizado por:  
**Beatriz Novo,**  
Estudante de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do

23 de janeiro de 2026 | 14h45



## ÍNDICE

- ◆ INTRODUÇÃO
- ◆ OBJETIVOS
- ◆ DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA
  - ◆ DISFAGIA
  - ◆ AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO
  - ◆ PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES
- ◆ FOLHETO INFORMATIVO
- ◆ CONCLUSÃO
- ◆ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## Introdução

Diagnóstico de Situação elaborado e implementado em outubro de 2025.



### Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família

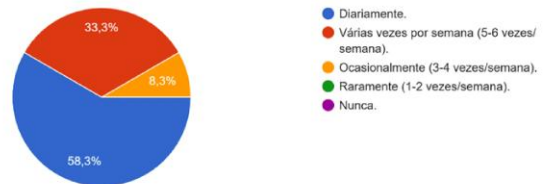
O presente questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e tem como objetivo *major* recolher informações sobre a experiência, práticas e necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente aos cuidados prestados com as pessoas com alterações da deglutição.

As respostas são anónimas e confidenciais, findo este processo, os dados serão destruídos. O questionário destina-se à elaboração de um diagnóstico de situação para a consecução de um **folheto informativo** dirigido à pessoa com alteração da deglutição e sua família e à **planificação de uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem** sobre o tema.

- Cerca de 58,3% das 12 pessoas que responderam ao questionário referem acompanhar diariamente pessoas com alterações da deglutição

Pergunta 2: Com que frequência acompanha pessoas com disfagia?

12 respostas



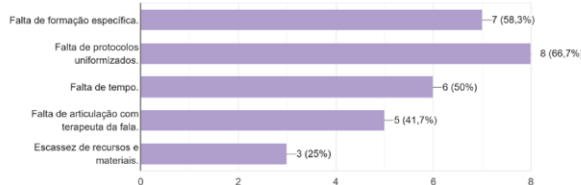
3

## Introdução

- A equipa identifica **lacunas significativas** no domínio da abordagem à pessoa com disfagia, destacando-se a **escassez de formação específica** e a **inexistência de protocolos uniformizados**.

Pergunta 1: Quais as principais dificuldades/necessidades da equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com disfagia (selecione até 4 opções)?

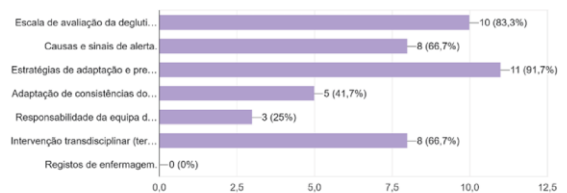
12 respostas



### TEMÁTICAS A ABORDAR

Pergunta 5: Quais os temas que considera importantes para abordar numa ação de formação sobre disfagia dirigida à equipa de enfermagem (selecione até 4 opções)?

12 respostas



4

## Introdução

Até meados de novembro no serviço  
de internamento



4

Pessoas com Alterações da  
Deglutição

**DISFAGIA  
OROFARÍNGEA**



5

## Objetivos

### OBJETIVO GERAL

- Promover a capacitação da equipa de enfermagem na abordagem da pessoa com deglutição comprometida e sua família.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Uniformizar a intervenção da equipa de enfermagem à pessoa com alteração da deglutição;
- Garantir cuidados centrados na pessoa com alteração da deglutição e sua família;
- Potenciar o empowerment das pessoas com alteração da deglutição e sua família na gestão da alimentação.

6

## Deglutição Comprometida

### Disfagia

A disfagia, segundo a Organização Mundial de Gastroenterologia, define-se como a **dificuldade em deglutir**, ou seja, uma sensação de impedimento da passagem de material líquido ou sólido (ou ambos), quando este é deglutido (Goldemund, 2025; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; Santos et al., 2023).



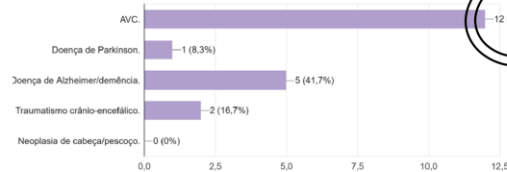
7

## Disfagia

### PRINCIPAIS CAUSAS

- Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- *Parkinson*;
- Demência/*Alzheimer*;
- Traumatismo Crânio-Encefálico;
- Linfadenopatias;
- Neoplasias da cabeça/pescoço;
- Entre outras.

(Domingos & Veríssimo, 2014; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; Santos et al., 2023; World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines, 2015)



A **disfagia** revela-se como uma **consequência comum da pessoa com AVC**, apresentando uma incidência entre os **24% e o 67%**.

(Goldemund, 2025; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025)

8

## Disfagia



### COMPLICAÇÕES

- Pneumonias de aspiração;
- Desnutrição;
- Desidratação;
- Perda de peso;
- Isolamento social.

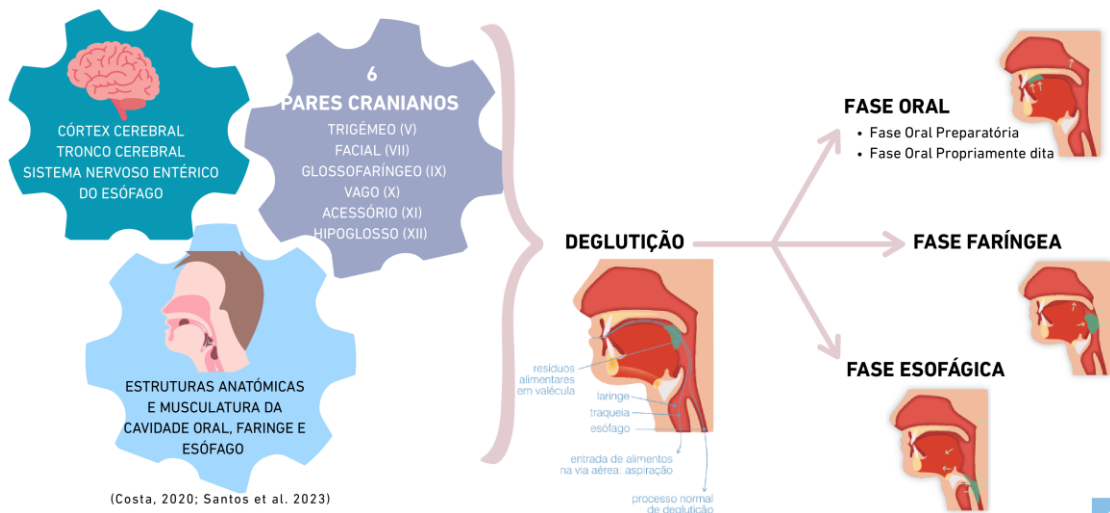
(Goldemund, 2025; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; Santos et al., 2023)

De referir que em cerca de **20% a 30% das pessoas com disfagia** ocorrem as recorrentemente denominadas "microaspirações", reconhecidas como **aspirações silenciosas**.

(Costa, 2020)

9

## Processo da Deglutição



10

## Tipos de Disfagia

### DISFAGIA OROFARÍNGEA

Frequentemente associada a patologias neurológicas como o **AVC**, caracteriza-se sobretudo pela **difficuldade em iniciar a deglutição**, levando a episódios de **engasgamento, tosse** ou **sensação de atraso** no desencadear do **reflexo de deglutição**.

(Santos et al., 2023)

Manifesta-se geralmente como a **sensação de que líquidos e/ou sólidos** ficam **retidos** na sua passagem da cavidade oral para o estômago, refletindo **alterações do transporte** do bolo alimentar **no esófago**.

(Santos et al., 2023)

### DISFAGIA ESOFÁGICA



11

## Sinais de Alerta

Adaptado de Santos et al. (2023)

**Diminuição dos movimentos** da boca e língua; **Acumulação dos alimentos** na cavidade oral; **Deglutições Múltiplas**.

Apresentar **espirros** ou **tosse** no final da refeição; **Pigarrear**.

**Ausência de Reflexo de Tosse**.



### DISFAGIA

**Alteração do tom de voz**; Voz húmida e/ou rouca.

**Dificuldade em gerir as secreções**; Sialorreia.

**Alteração do padrão respiratório** durante a refeição/ingestão hídrica; Infecções respiratórias de repetição.

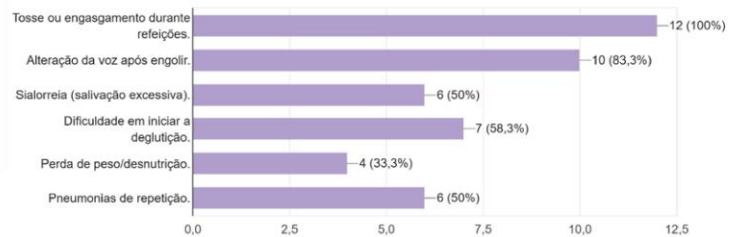
**Aumento do tempo** necessário para a refeição; **Descoordenação mastigação-deglutição**.

12

## Sinais de Alerta



Pergunta 2: Sinais que costuma observar em pessoas com disfagia (assinale as que se aplicam):  
12 respostas



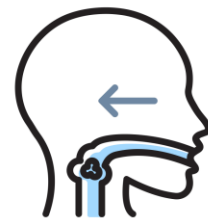
13

## Avaliação da Deglutição

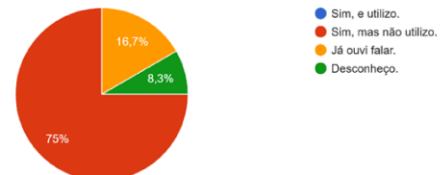
Segundo *guidelines* internacionais, como as do *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2023)*, perante uma pessoa que tenha apresentado um **AVC** será crucial proceder à respetiva **avaliação da deglutição o mais precocemente possível**, no sentido de garantir a **segurança da pessoa e prevenir complicações**.

No foco de atenção da **deglutição**, tem sido amplamente utilizada a **Escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS) – versão portuguesa**.

(Goldemund,2025; Oliveira et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2016; Sá et al., 2023)




Pergunta 1: Conhece a escala Gugging Swallowing Screen (GUSS)?  
12 respostas



14

# Checklist



**Checklist**  
Pessoa com Deglutição Comprometida

**1 Bem-estar da Pessoa e Ambiente dos Cuidados**

- Assegurar um ambiente seguro e calmo para proceder à realização da avaliação da deglutição da pessoa;
- Verificar o **comportamento**, o **bem-estar** ou **conforto** da pessoa para avaliar a sua deglutição (caso não apresente condições, adiar avaliação);
- Reunir o **material necessário** para a avaliação da deglutição: copo, água, espessante, garfo/shoaker, colher de metal, fatia de pão. **Explicar o procedimento.**

**2 Avaliação da Deglutição**  
Escala de GUSS- Teste Indireto (Fase 1)

Item	Sim	Não
1. Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Tosse e/ou pigarrear (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	

**3 Avaliação da Deglutição**  
Escala de GUSS- Teste Direto (Fase 2)


Item	1	2	3	4	5
1. Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tosse e/ou pigarrear (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sialorreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL:</b>	(5)				

**4 Interpretação dos Resultados**

RESULTADOS	GRADUAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
0-1	Investigação posterior*	Continuar com a investigação posterior (investigação com supervisão de enfermagem)
2-3	Bem de saúde	Dieta pós-vida • Continuar com a dieta (sem alteração de consistência) • Avaliação regular*
4-5	Bem de saúde	Dieta pós-vida • Continuar com a dieta (sem alteração de consistência) • Avaliação regular*
6-8	Investigação posterior*	Reinvestigação com um especialista em deglutição • Não case per se - precisa ser avaliado por um especialista em deglutição • Avaliação regular*

**5 Documentação**


- Registrar em **diário de enfermagem**, no processo da pessoa alvo de cuidados, o resultado da respetiva avaliação;
- Em caso de **deglutição comprometida**, deveremos colocar, por detrás do horário da pessoa, o **símbolo da disfagia** (imagem abaixo) de modo a garantir a segurança e prevenir complicações.




Símbolo da Pessoa com a Deglutição Comprometida

Realizada por: \_\_\_\_\_

Referências Bibliográficas:



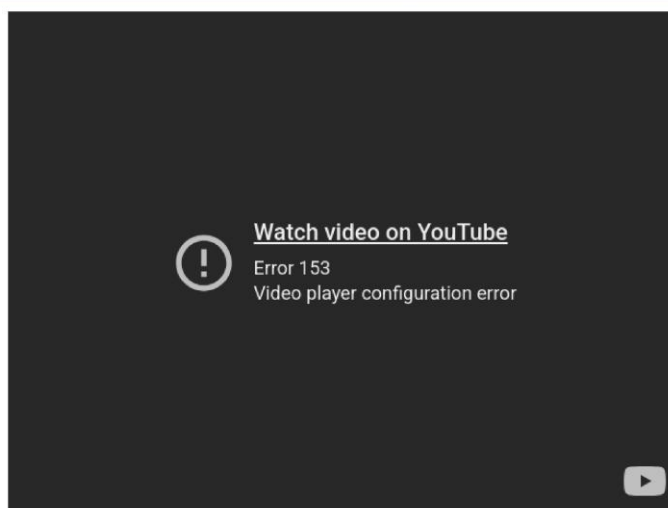
# Escala de GUSS



**2 Avaliação da Deglutição**  
Escala de GUSS- Teste Indireto (Fase 1)

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarrear (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	
	1 - 4 = investigação posterior <sup>†</sup>	
	5 = Continuar para a secção 2	

## Fase 1-Teste Indireto da Deglutição



17

## Escala de GUSS

(Oliveira et al., 2021)

3

### Avaliação da Deglutição

Escala de GUSS- Teste Direto (Fase 2)

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

\* Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim).

Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.

\*\* 3, 5, 10, 20 ml de água – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.

\*\*\* Pão seco  
<sup>1</sup>Encaminhar para médico fisiatra/terapeuta da fala

18

## Fase 2- Testar Consistência Semi-Sólida

### Etapa 1



[Watch video on YouTube](#)  
Error 153  
Video player configuration error



19

## Fase 2- Testar Consistência Líquida

### Etapa 2



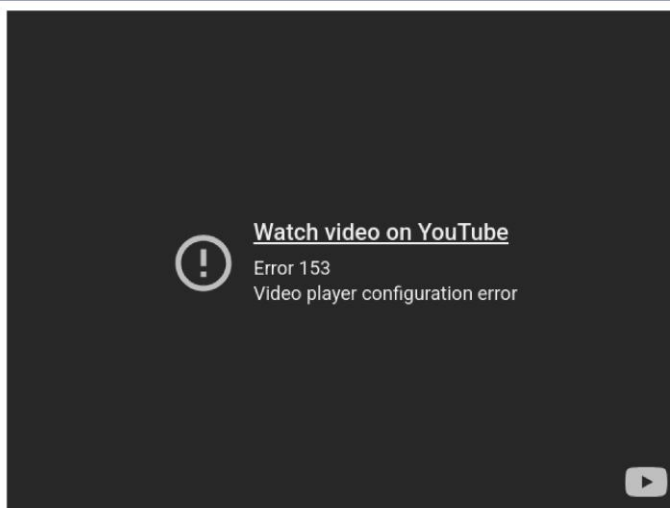
[Watch video on YouTube](#)  
Error 153  
Video player configuration error



20

## Fase 2- Testar Consistência Sólida

### Etapa 3



21

## Escala de GUSS

(Oliveira et al., 2021)

RESULTADOS	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20 Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia  Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta normal</li> <li>Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15-19 Semi-sólido e líquido com sucesso  Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira  Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta passada</li> <li>Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul>
10-14 Semi-sólido com sucesso  Líquido sem sucesso	Disfagia moderada  Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta semi-líquida</li> <li>Líquidos espessados</li> <li>Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li> <li>Não administrar medicação líquida</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9 Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave  Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral)</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

Adaptar a **consistência dos líquidos**, utilizando **espessante** e conforme instruções do fabricante:



Néctar

Mel

Pudim



22

## Prevenção de Complicações

**ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
(EEER)**  
(Regulamento nº392/2019)

- Avaliação da **funcionalidade** e o **diagnóstico precoce das alterações** que geram limitações da atividade e incapacidades;
- Conceber e implementar **programas de reabilitação** ajustados à pessoa com alterações da deglutição e à sua família .

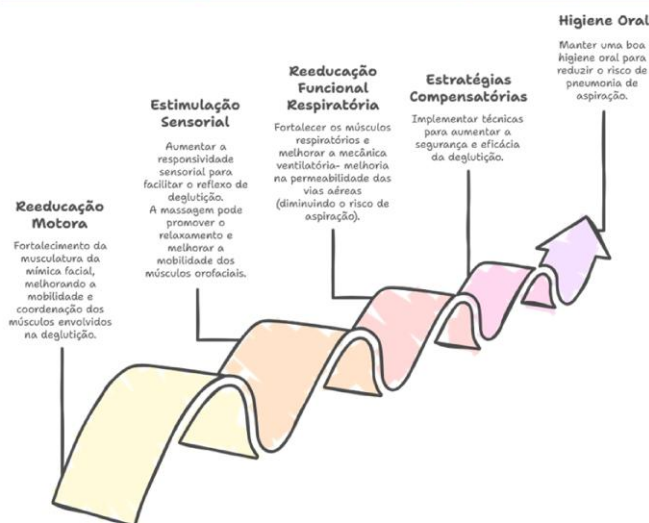
Os programas delineados são **passíveis de execução** por parte de **todos os enfermeiros**, garantindo a **continuidade dos cuidados** e a **atuação integrada e consistente** de toda a equipa de enfermagem.

Os EEER como mais-valias integrantes nas equipas, prestando o apoio necessário na parceria dos cuidados tanto com a pessoa como com toda a equipa!



23

## Estratégias de Adaptação



### ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS

No que concerne a **estratégias de adaptação postural**, estas podem englobar:

- Flexão cervical ("chin tuck");
- Rotação cervical para o lado afetado;
- Flexão lateral para o lado sã.

24

## Prevenção de Complicações



### Produtos de Apoio

Facilitar a adaptação da pessoa à alimentação enquanto **Atividade de Vida Diária (AVD)**.

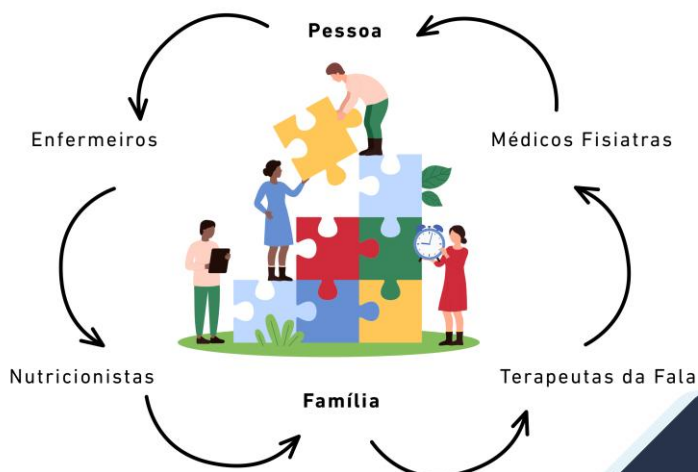
(Costa, 2020; Sá et al., 2023)

No serviço de internamento são utilizados espessantes, palhinhas e espelhos durante as refeições/ingestão hídrica.

25

## Intervenção Transdisciplinar

(Costa, 2020; Santos et al., 2023; NICE, 2023)



26

## Folheto Informativo

### Estratégias de Adaptação

Durante a refeição:

- Garantir um ambiente calmo e tranquilo;
- A pessoa deverá estar acordada e sentada;
- Fornecer a alimentação no campo visual da pessoa;
- Não anchar demasiado a colher;
- Não usar patinhas ou seringas (pode aumentar o risco de engasgar);
- Comer devagar e dar tempo à pessoa para engolir os alimentos/líquidos;
- Verificar a existência de resíduos na boca;
- Após a refeição, manter a pessoa sentada pelo menos 30 minutos;
- Incentivar a higiene oral frequente.

**Sugestões de receitas com espessante:**



(verifique sempre as instruções do fabricante acerca do espessante)

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Realizada por:  
Beatriz Novo  
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde

Em caso de dúvida, contactar a equipa de enfermagem!

### CONTACTOS

## DISFAGIA

Informação para a pessoa e família



### Estratégias de Adaptação à Vida com Disfagia

Não precisa de abdicar do seu lugar na mesa!

## DISFAGIA

A disfagia define-se como a dificuldade em engolir, ou seja, uma sensação de impedimento da passagem dos alimentos líquidos/sólidos (ou ambos), no caminho até ao estômago.

### PRINCIPAIS CAUSAS

- Acidente Vascular Cerebral (a causa mais comum, entre 27%-67% dos casos);
- Doença de Parkinson;
- Demência/Alzheimer;
- Traumatismo Crânio-encefálico;
- Linfodrenopatia;
- Neoplasias da cabeça/pescoço;
- Entre outras.

### COMPLICAÇÕES

- Infecções Respiratórias de Repetição ("falso trajeto" - comida/líquidos em vez de irem para o estômago vão para os pulmões);
- Desidratação;
- Perda de apetite e peso (desnutrição);
- Medo, Ansiedade e Isolamento social.





### SINAIS DE ALERTA



- Espirros ou tosse após engolir os alimentos/líquidos;
- Pigarrear (limpar a garganta);
- Engasgos e/ou falta de ar;
- Salivorra (Batair);
- Alterações da voz (voz molhada/rouca);
- Engolir várias vezes;
- Resíduos de comida na boca;
- Dificuldade em mastigar os alimentos;
- Tempo prolongado para engolir os alimentos/líquidos;
- Saída de alimento pela nariz durante a alimentação;
- Lacrimejo após engolir alimentos/líquidos.

### EXERCÍCIOS A REALIZAR

Para melhorar o processo de engolir, aqui estão alguns exemplos:

**Treinar a respiração**  
(Inspirar pelo nariz e expirar pela boca)



**Exercitar os músculos da cara**  
(assobiar/mandar beijinhos, deitar a língua de fora, encher a boca de ar)



### IMPORTANTE

A **modificação da dieta**, de acordo com a avaliação realizada pelos profissionais e a **adaptação das consistências dos líquidos** com recurso ao **espessante**:



(Vídeo demonstrativo da preparação de consistências dos líquidos)

27

## Processo de Capacitação

(Ordem dos Enfermeiros, 2001; Regulamento n.º 392/2019)

Este processo de capacitação da equipa evidencia que, ao dar ferramentas aos enfermeiros para a intervenção dirigida à pessoa com disfagia, se potencia igualmente o processo de capacitação da própria pessoa com alteração da deglutição e da sua família, promovendo a sua readaptação funcional.



28

## Conclusão



## Questionário de Satisfação

### AÇÃO DE FORMAÇÃO



## Referências Bibliográficas



31



**OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO**

Alguma questão ou sugestão?

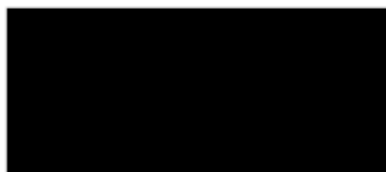


32



**Apêndice XVI |**

Enquadramento da Ação de Formação “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”



### Ação de Formação/Folheto Informativo

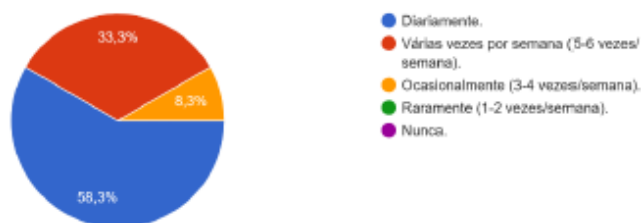
## **“Deglutição Comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”**

### Introdução

Mediante o diagnóstico de situação previamente realizado (Apêndice I), verificou-se que os dados evidenciam uma clara necessidade formativa da equipa de enfermagem relativamente à temática da disfagia. Cerca de 58,3% das 12 pessoas que responderam ao questionário referem acompanhar diariamente pessoas com alterações da deglutição (figura 1). Para além disso, a equipa identifica lacunas significativas no domínio da abordagem à pessoa com disfagia, destacando-se a escassez de formação específica e a inexistência de protocolos uniformizados (figura 2).

Pergunta 2: Com que frequência acompanha pessoas com disfagia?

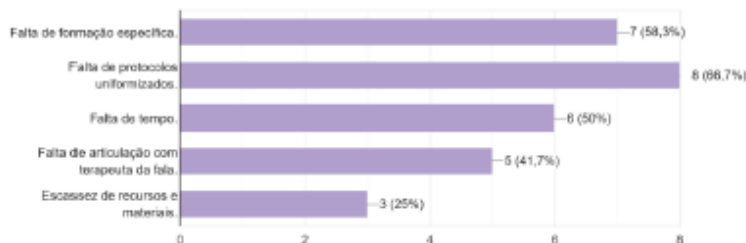
12 respostas



**Figura 1. Dados de acompanhamento de pessoas com disfagia**

Pergunta 1: Quais as principais dificuldades/necessidades da equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com disfagia (selecione até 4 opções)?

12 respostas



**Figura 2. Dados de necessidades da equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com disfagia**

## Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Face a estes resultados, torna-se imperativo abordar esta problemática, capacitando a equipa de enfermagem para um cuidar centrado na pessoa com alterações da deglutição e sua família (Registered Nurses Association of Ontario, 2025). Esta temática será abordada de acordo com os principais temas de relevo que a equipa referiu no diagnóstico de situação (figura 3). A ação de formação proposta visa promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, reforçar práticas baseadas na evidência e garantir a segurança das pessoas com quem cuidamos.



**Figura 3.** Dados relativos aos principais temas a abordar na ação de formação

Até meados de novembro, no serviço de internamento, foram acompanhadas cerca de quatro pessoas com alterações da deglutição, predominantemente com disfagia orofaríngea. Este diagnóstico exige uma atenção redobrada da equipa transdisciplinar, sobretudo no momento da alimentação e ingestão hídrica, reforçando a pertinência e urgência de capacitar os profissionais para uma atuação segura e eficaz.

### Objetivos

#### Objetivo Geral

- Promover a capacitação da equipa de enfermagem na abordagem da pessoa com deglutição comprometida e sua família.

#### Objetivos Específicos

- Uniformizar a intervenção da equipa de enfermagem à pessoa com alteração da deglutição;
- Garantir cuidados centrados na pessoa com alteração da deglutição e sua família;

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

- Potenciar o *empowerment* das pessoas com alteração da deglutição e sua família na gestão da alimentação.

1. **Deglutição Comprometida**

a. **Disfagia**

A disfagia, segundo a Organização Mundial de Gastroenterologia, define-se como a dificuldade em deglutir, ou seja, uma sensação de impedimento da passagem de material líquido ou sólido (ou ambos), quando este é deglutido (Goldmund, 2025; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; Santos et al., 2023).

b. **Causas de Disfagia**

A literatura descreve múltiplas causas de disfagia, particularmente relacionadas com alterações neurológicas ou estruturais (Goldmund, 2025). Entre as etiologias frequentemente mencionadas, encontram-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC); o *Parkinson*; a *Demência/Alzheimer*; o Traumatismo Crânio-Encefálico; as Linfadenopatias; as Neoplasias da cabeça/pescoço; entre outras (Domingos & Veríssimo, 2014; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; Santos et al., 2023; World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines, 2015).

Os dados recolhidos junto da equipa de enfermagem do serviço de internamento revelam um padrão que acompanha, em grande medida, o que se encontra descrito na literatura. Conforme ilustrado na figura 4, o AVC surge como a principal causa de disfagia identificada no serviço. Esta prevalência elevada é consistente com os estudos que apontam o AVC como uma das causas mais comuns e clinicamente relevantes na origem de alterações da deglutição.



Figura 4. Dados relativos às causas de disfagia prevalentes no serviço de internamento

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

A disfagia revela-se como uma consequência comum da pessoa com AVC, apresentando uma incidência entre os 24% e o 67% (Goldmund, 2025; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025). Esta alteração da deglutição encontra-se associada a diversas complicações como as pneumonias de aspiração, desnutrição, desidratação, perda de peso e isolamento social (Goldmund, 2025; Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; Santos et al., 2023). De referir que em cerca de 20% a 30% das pessoas com disfagia ocorrem as recorrentemente denominadas “microaspirações”, reconhecidas como aspirações silenciosas (Costa, 2020).

**c. Tipos de Disfagia**

A deglutição é um processo neuromuscular complexo que exige a integração coordenada do córtex cerebral, tronco cerebral, sistema nervoso entérico do esófago e de um conjunto de pares cranianos essenciais — trigémeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI) e hipoglosso (XII) — bem como da musculatura da cavidade oral, faríngea e esófago (Costa, 2020; Santos et al. 2023).

Este processo da deglutição por ser complexo, inclui diferentes fases (fase oral, faríngea e esofágica):

- A fase oral é maioritariamente voluntária e envolve dois momentos complementares: a fase oral preparatória — durante a qual os alimentos são introduzidos na cavidade oral, processados pela mastigação e formam o bolo alimentar — e a fase oral propriamente dita, onde ocorre o transporte do bolo alimentar e o desencadeamento do reflexo de deglutição (Costa, 2020). As alterações nesta fase podem traduzir-se em encerramento labial ineficaz, diminuição da mobilidade da língua, alterações sensoriais, regurgitação nasal, tosse e engasgamento (Costa, 2020; Santos et al., 2023).
- A fase faríngea, reflexa ou involuntária, inicia-se com o desencadear do complexo mecanismo da deglutição. Nesta etapa podem ocorrer alterações como atraso ou ausência do reflexo de deglutição, elevação laríngea assimétrica, diminuição da sensibilidade faríngea e encerramento anómalo das cordas vocais, aumentando o risco de aspiração (Costa, 2020).
- A fase esofágica, também involuntária, consiste na condução do bolo alimentar ao longo do esófago até à entrada no estômago, através de movimentos peristálticos coordenados (Costa, 2020).

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

O controlo eficiente das fases oral, faríngea e esofágica depende de uma perfeita coordenação entre estas estruturas, garantindo uma transição segura do bolo alimentar da cavidade oral até ao estômago (Costa, 2020). Qualquer alteração nesta dinâmica pode comprometer a segurança e eficácia da deglutição, originando diferentes tipos de disfagia (Costa, 2020).

As alterações na deglutição podem refletir-se em diferentes tipos de disfagia. A disfagia orofaríngea, frequentemente associada a patologias neurológicas como o AVC, caracteriza-se sobretudo pela dificuldade em iniciar a deglutição, levando a episódios de engasgamento, tosse ou sensação de atraso no desencadear do reflexo de deglutição (Santos et al., 2023). Por outro lado, a disfagia esofágica manifesta-se geralmente como a sensação de que líquidos e/ou sólidos ficam retidos na sua passagem da cavidade oral para o estômago, refletindo alterações do transporte do bolo alimentar no esófago (Santos et al., 2023).

**d. Sinais de Alerta**

Neste seguimento, perante as alterações da deglutição identificadas existem diversos sinais de alerta precoce aos quais a equipa, a pessoa alvo de cuidados e a família devem estar atentos (figura 5).



**Figura 5.** Sinais de alerta da pessoa com disfagia, adaptado de Santos et al. (2023)

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

No serviço de internamento, segundo os elementos da equipa que responderam ao questionário, os principais sinais de alerta observados são a tosse e/ou engasgamento durante as refeições, a alteração da voz após deglutir e a dificuldade em iniciar a deglutição (figura 6).



**Figura 6.** Principais sinais de alerta observados no serviço de internamento

**e. Avaliação da Deglutição**

Segundo *guidelines* internacionais, como as do *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2023)*, perante uma pessoa que tenha apresentado um AVC será crucial proceder à respetiva avaliação da deglutição o mais precocemente possível, no sentido de garantir a segurança da pessoa e prevenir complicações. Deste modo, a importar valorizar uma das componentes inerentes ao processo de enfermagem, que consiste em avaliar a pessoa alvo de cuidados em determinado foco de atenção, com recurso a instrumentos de recolha de dados (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Pelo que no foco de atenção da deglutição, tem sido amplamente utilizada a Escala de *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* – versão portuguesa (Goldmund, 2025; Oliveira et al., 2021; Sá et al., 2023). Sendo que na literatura é considerado como um instrumento robusto e sensível para a avaliação da deglutição, tanto em pessoas na fase aguda de AVC, como ao longo do processo de reabilitação (Costa, 2020; Ferreira, 2017). Os estudos demonstram que a Escala de GUSS pode ser aplicada de forma autónoma por diferentes profissionais de saúde — médicos, enfermeiros e terapeutas — desde que previamente treinados, apresentando níveis muito elevados de concordância interobservador (Costa, 2020). Importa salientar que este instrumento evidencia uma excelente sensibilidade, atingindo valores próximos de 100% na identificação da disfagia e sendo preditor do risco de aspiração (Costa, 2020; Ferreira, 2017; Oliveira et al., 2021).

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Desenvolvida para ser aplicada à cabeceira da pessoa, a escala GUSS distingue-se pela sua simplicidade e rapidez de utilização, permitindo não só identificar o grau de disfagia, mas também estimar o risco de aspiração e orientar a escolha das consistências alimentares/líquidos mais seguras para cada situação clínica (Costa, 2020).

A aplicação da escala envolve duas fases sequenciais. A primeira corresponde ao teste indireto, destinado à avaliação inicial de parâmetros fundamentais como o estado de vigília, a presença de tosse voluntária, a capacidade de deglutir saliva, a existência de sialorreia e possíveis alterações no tom de voz. Nesta fase, cada item é pontuado com 0 pontos quando apresenta alterações e 1 ponto quando se encontra dentro da normalidade (Costa, 2020; Ferreira, 2017).

A segunda fase constitui o teste direto, estruturado em três etapas progressivas que avaliam a deglutição de semis-sólidos, líquidos e sólidos. Analisa-se, em cada uma destas etapas, a eficácia da deglutição, a presença de tosse involuntária, a existência de sialorreia e alterações da voz após a ingestão. A pontuação atribuída varia entre 0 pontos (deglutição comprometida de forma severa), 1 ponto (deglutição prolongada) e 2 pontos (deglutição normal). Este método sequencial implica que a pessoa apenas progrida para a consistência seguinte caso alcance a pontuação máxima na etapa anterior, garantindo assim a segurança do processo avaliativo (Costa, 2020; Ferreira, 2017).

A soma final das pontuações permite classificar a gravidade da disfagia em quatro categorias: 0–9 pontos (disfagia severa), 10–14 pontos (disfagia moderada), 15–19 pontos (disfagia ligeira) e 20 pontos (deglutição normal, sem risco de aspiração). Esta classificação, aliada à avaliação de diferentes consistências, possibilita que o enfermeiro adapte de forma precisa a dieta, em colaboração com a equipa transdisciplinar, e garanta a implementação de estratégias, promovendo uma ingestão oral segura e ajustada às respostas humanas de cada pessoa (Costa, 2020; Ferreira, 2017).

A avaliação da deglutição através da Escala de GUSS será demonstrada por meio de um conjunto de vídeos que ilustram, de forma sistematizada, todas as etapas do processo avaliativo. Estes conteúdos permitem explicitar cada componente do teste indireto e do teste direto, facilitando a compreensão da sua aplicação prática e dos critérios de observação associados.

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Através do diagnóstico de situação pudemos verificar que cerca de 75% dos 12 elementos que responderam revelaram que conhecem a escala suprarreferida, mas que não a utilizam na sua prática diária de cuidados (figura 7). Destarte, tornou-se essencial tanto recordar os elementos que compõe o respetivo instrumento de recolha de dados, como também proceder à elaboração de uma *Checklist* (Apêndice II), por forma a facilitar e a uniformizar o processo de avaliação da pessoa com disfagia dentro do seio da equipa de enfermagem do serviço de internamento.

Pergunta 1: Conhece a escala Gugging Swallowing Screen (GUSS)?  
12 respostas

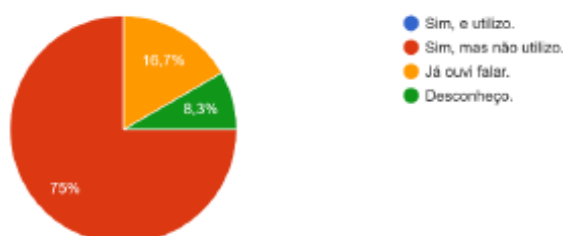


Figura 7. Conhecimento da equipa de enfermagem acerca da Escala de GUSS

#### f. Prevenção de Complicações

As intervenções de Enfermagem de Reabilitação dirigidas à pessoa com deglutição comprometida integram um conjunto de estratégias motoras, sensitivas, respiratórias e compensatórias, cujo propósito é otimizar a segurança da deglutição, promover a readaptação funcional e prevenir complicações. Estas intervenções enquadram-se nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que inclui a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico precoce das alterações que geram limitações da atividade e incapacidades, particularmente no domínio da deglutição, permitindo conceber e implementar programas de reabilitação ajustados à pessoa com alterações da deglutição e à sua família (Regulamento nº392/2019).

Não obstante serem competências específicas do EEER, os programas delineados são passíveis de execução pelos enfermeiros de cuidados gerais, garantindo a continuidade dos cuidados e a atuação integrada e consistente de toda a equipa de enfermagem. As estratégias de adaptação para a pessoa com disfagia, passam pelas áreas da reeducação motora (ex. ensino de tosse eficaz), da estimulação sensorial, da reeducação funcional respiratória, de estratégias compensatórias (ex. correção postural, adaptação da dieta,

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

consistências alimentares e uso de espessante) e da higiene oral (ex. redução da carga bacteriana na cavidade oral), tal como ilustrado na figura 8 (Costa, 2020; Sá et al., 2023). No que concerne a estratégias de adaptação postural, estas podem englobar a flexão cervical (“chin tuck”), a rotação cervical para o lado afetado ou a flexão lateral para o lado são, facilitando a proteção da via aérea e orientando o trajeto do bolo alimentar (Sá et al., 2023).

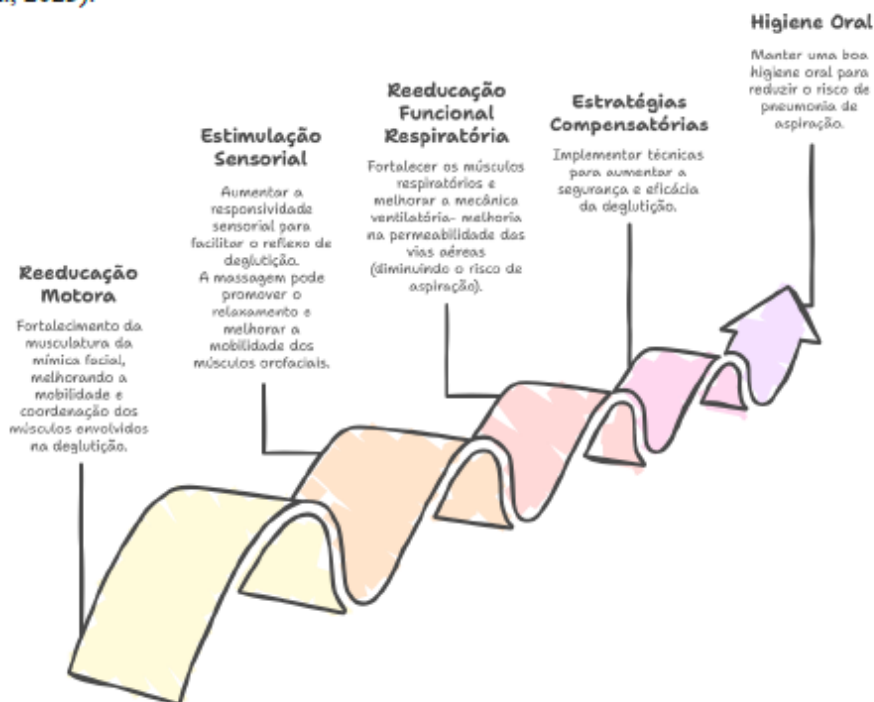


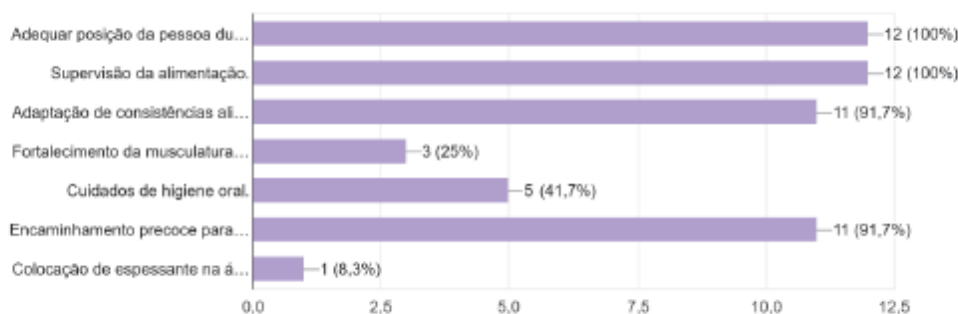
Figura 8. Passos para a Reabilitação da Deglutição (esquema de elaboração própria)

Os dados obtidos no diagnóstico de situação revelam que a equipa de enfermagem já implementa, de forma consistente, várias das estratégias recomendadas para a prevenção de complicações associadas à disfagia, o que demonstra a sensibilidade para a importância da segurança da pessoa, porém persistem áreas que beneficiariam de reforço, particularmente no que diz respeito à higiene oral sistemática e ao treino respiratório (figura 9).

## Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Pergunta 4: Estratégias utilizadas, no serviço, para prevenir complicações da disfagia (selecione as que mais utiliza):

12 respostas



**Figura 9.** Estratégias de adaptação à disfagia utilizadas no serviço

Importa salientar que, paralelamente à implementação das estratégias anteriormente descritas, deve ser considerada a utilização de produtos de apoio que facilitem a adaptação da pessoa à alimentação enquanto Atividade de Vida Diária (AVD) (Costa, 2020; Sá et al., 2023). No serviço de internamento são utilizados espessantes, palhinhas e espelhos durante as refeições/ingestão hídrica.

No entanto, a literatura recente permanece escassa no que respeita ao uso de palhinhas e copos adaptados em pessoas com disfagia. Neste sentido, destaca-se o estudo de *Bae et al.* (2021), que comparou diferentes métodos de ingestão de líquidos em 85 pessoas após AVC, incluindo o uso de copo e de palhinha. Embora os resultados não tenham evidenciado diferenças significativas na taxa de aspiração entre ambos os métodos, alguns participantes apresentaram aspiração exclusivamente quando utilizaram a palhinha. Estes resultados sugerem que, apesar da palhinha não aumentar necessariamente o risco de aspiração, pode representar um risco adicional para determinadas pessoas, sendo, por isso, um produto de apoio cuja utilização deve ser cuidadosamente ponderada e individualizada.

### Intervenção Transdisciplinar

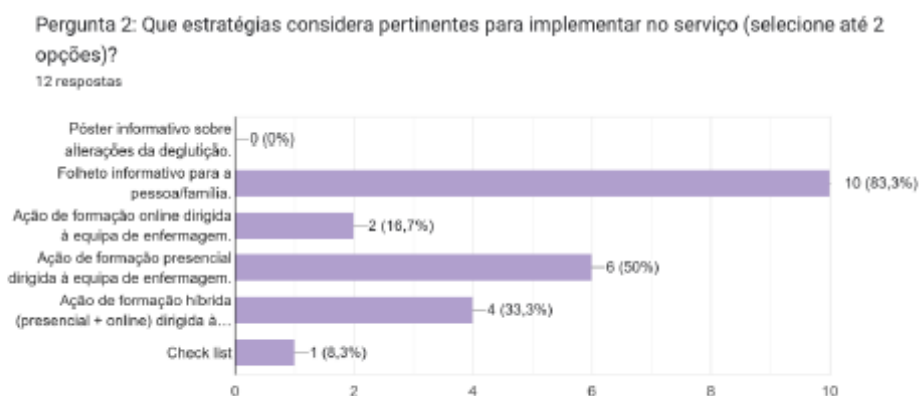
A abordagem à pessoa com disfagia exige uma equipa transdisciplinar, uma vez que se trata de uma condição complexa e que envolve múltiplas dimensões. Pelo que os enfermeiros, terapeutas da fala, nutricionistas e médicos deverão trabalhar lado a lado, numa ótica centrada na pessoa e na família, de modo a assegurar a prevenção de

## Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

complicações, garantir a máxima independência na realização das AVD (alimentação) e melhorar a sua qualidade de vida (Costa, 2020; Santos et al., 2023; NICE, 2023)

**Folheto Informativo para a pessoa com disfagia e família**

Os dados recolhidos junto da equipa de enfermagem evidenciam de forma clara a pertinência da elaboração de um folheto informativo sobre a disfagia dirigido à pessoa alvo de cuidados e à família. De acordo com os resultados, 83,3% dos elementos que responderam ao diagnóstico de situação consideram esta estratégia essencial para implementar no serviço, constituindo a opção mais valorizada quando comparada com outras estratégias (figura 10).



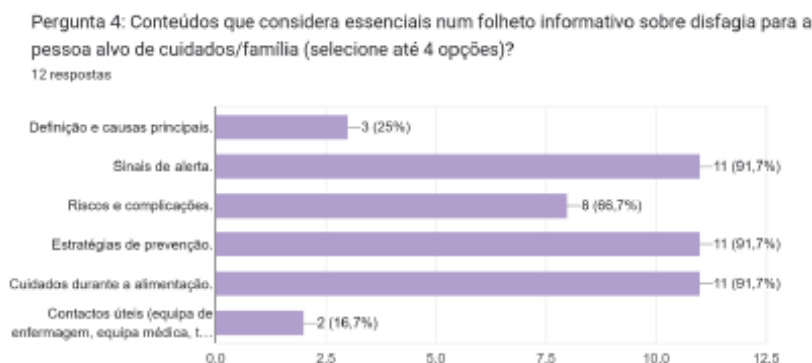
**Figura 8.** Estratégias a implementar no serviço de internamento

Esta necessidade é reforçada pelo facto de 66,7% dos elementos da equipa, que deram resposta ao questionário, desconhecerem a existência de qualquer folheto, protocolo ou guia no serviço, embora 100% defendam a importância da sua criação. A análise qualitativa das respostas, revela que a equipa identifica múltiplas dificuldades frequentemente manifestadas por pessoas com disfagia e sua família, nomeadamente o desconhecimento da adaptação das diferentes consistências dos líquidos e texturas alimentares numa situação de disfagia, os sinais precoces de alerta na pessoa com disfagia e a utilização de estratégias que previnam complicações.

Estes dados demonstram que a escassez de informação estruturada contribui para práticas inseguras, compromisso da adesão ao regime terapêutico e para a recorrência de complicações, reforçando a necessidade de disponibilizar um folheto informativo claro, acessível e baseado na evidência, que permita uniformizar as orientações, melhorar a

## Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

literacia em saúde e apoiar a continuidade dos cuidados no domicílio (NICE, 2023; Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2023). Destarte, as temáticas abordadas no folheto (Apêndice III) vão ao encontro das que foram referidas pela equipa de enfermagem, após o *feedback* de pessoas com disfagia e seus familiares, bem como a informação explanada ao longo do presente documento (figura 11).



**Figura 9.** Temáticas relevantes a abordar no folheto informativo

### Conclusão

A implementação desta ação de formação e do folheto informativo representa um passo decisivo na melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa com deglutição comprometida. Para além de suprir necessidades formativas identificadas no diagnóstico de situação, esta intervenção materializa os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) — prevenindo complicações, fortalecendo o bem-estar e o autocuidado, garantindo uma prática centrada na pessoa e na família e assegurando uma organização dos cuidados coerente, estruturada e segura.

A capacitação da equipa de enfermagem, aliada à uniformização da avaliação da deglutição através da Escala de GUSS e à adoção de estratégias de readaptação baseadas na evidência, contribui para uma tomada de decisão clínica mais informada, para a existência de uma maior consistência na prática e redução do risco de eventos adversos. Simultaneamente, o folheto informativo reforça a literacia em saúde e potencia o *empowerment* da pessoa e da sua família, garantindo que a segurança alimentar e hídrica se estende para além do contexto de internamento. Este processo de capacitação da equipa evidencia que, ao dar ferramentas aos enfermeiros para a intervenção dirigida à pessoa

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

com disfagia, se potencia igualmente o processo de capacitação da própria pessoa com alteração da deglutição e da sua família, promovendo a sua readaptação funcional.

Importa ainda sublinhar que a abordagem à pessoa com disfagia ganha especial robustez quando sustentada por uma articulação eficaz da equipa transdisciplinar cuja cooperação promove intervenções mais completas, seguras e ajustadas às reais respostas humanas das pessoas. Neste contexto, a presença dos EEER no serviço constitui uma mais-valia inequívoca, ao assegurar a avaliação diferenciada, o diagnóstico precoce das limitações e a implementação de programas de reabilitação que orientam e sustentam as práticas da equipa, reforçando a qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, através desta ação de formação capacitamos a equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com disfagia, o que não só eleva a qualidade dos cuidados de enfermagem, como reafirma o compromisso ético e profissional de toda a equipa em alcançar a excelência, contribuindo para uma prática mais competente, humana e orientada para ganhos em saúde.

#### **Questionário de Avaliação da Ação de Formação**

Para assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e sustentar o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, torna-se fundamental avaliar a satisfação dos elementos que participaram na ação de formação. Assim, foi construído e aplicado um questionário de satisfação, disponibilizado através da plataforma *Google Forms*, conforme apresentado no Apêndice IV.

#### **Referências Bibliográficas**

- Bae, J., Suh, I., Kim, J. & Lim, J. (2021). Comparison of straw and cup for liquid swallowing in poststroke patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 44 (2). 181-184. <https://doi.org/10.1097/mrr.0000000000000468>
- Costa, C. (2020). Avaliação da Deglutição: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2409>
- Domingos, A. & Veríssimo, D. (dezembro de 2014). *Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida*. Ordem dos Enfermeiros- Secção

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Regional

Sul.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CHMedioTejo\\_ProjetoDegluticao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf)

- Ferreira, A. (2017). Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus]. Repositório da Universidade de Évora. <https://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/21775/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Alexandra%20Maria%20da%20Silva%20Ferreira%20-%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20degluti%C3%A7%C3%A3o%20com%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Escala%20Guss....pdf>
- Goldemund, D. (2025). *Stroke-Related Dysphagia*. Stroke Manual- Treatment and prevention. <https://www.stroke-manual.com/stroke-related-dysphagia/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Stroke rehabilitation in adults: NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng236](http://www.nice.org.uk/guidance/ng236)
- Oliveira, I, Couto, G., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M. & Ferreira, P. (2021). A Versão Portuguesa do Gugging Swallowing Screen: Resultados da sua Aplicação. *Millenium*, 2 (16). 93-101. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/24585/18675>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual- Emunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Portugal Angels Nurse Task Force. (janeiro de 2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral*. [https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)
- Registered Nurses Association of Ontario. (2025). *Person- and Family-Centred Care*. <https://rno.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

14

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II (85)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C & Oliveira, M. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Deglutição Comprometida em Contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6 (1). 1-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Santos, T., Silva, H. & Almeida, T. (agosto de 2023). A Pessoa com Alteração na Deglutição. *Gazeta Médica*, 10 (3). 203-211. <https://doi.org/10.29315/gm.v1i1.619>
- Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2023). *Pessoa com Dificuldade na Deglutição- Guia de Apoio ao Cuidador*. [https://www.ulstmad.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2024/04/207.00\\_guia\\_apoio\\_cuidador.pdf?](https://www.ulstmad.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2024/04/207.00_guia_apoio_cuidador.pdf?)
- World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. (2015). Dysphagia-global guidelines and cascades. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 49 (5). 370-378. <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000000307>

## **APÊNDICES**

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## Apêndice I | Diagnóstico de Situação acerca da Disfagia no Serviço de Internamento



### DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: Questionário Google Forms

**Título: Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família**

#### ◆ Introdução

O questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e tem como objetivo *major* recolher informações sobre a experiência, práticas e necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente aos cuidados prestados com as pessoas com alterações da deglutição. O questionário destinou-se à elaboração de um diagnóstico de situação para a consecução de um folheto informativo dirigido à pessoa com alteração da deglutição e sua família e à planificação de uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem sobre o tema.

#### ◆ Análise de Resultados Obtidos

##### Secção 1- Fenómeno em Estudo

Pergunta 1: Considera pertinente abordar o tema da gestão da deglutição comprometida na pessoa com alterações neurológicas no serviço?  
12 respostas



##### Secção 2- Experiência na Área da Deglutição Comprometida

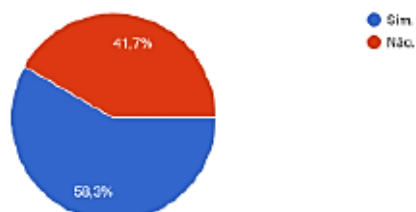
Realizado por:

Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

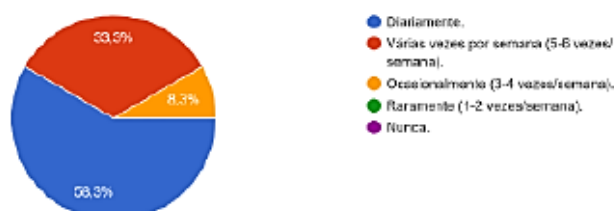
xvii

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

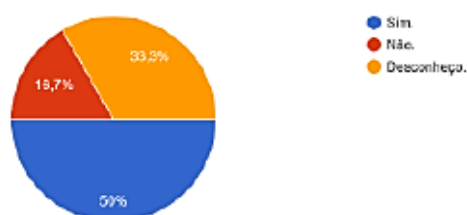
Pergunta 1: Tem formação na área da deglutição comprometida (disfagia)?  
12 respostas



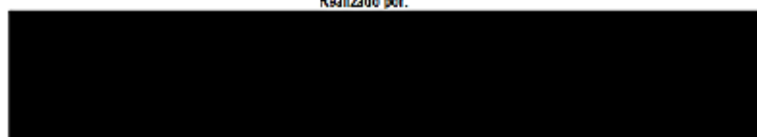
Pergunta 2: Com que frequência acompanha pessoas com disfagia?  
12 respostas



Pergunta 3: Existe algum Procedimento Setorial/Instrução de Trabalho/Norma de enfermagem sobre a gestão da disfagia no serviço?  
12 respostas



Realizado por:

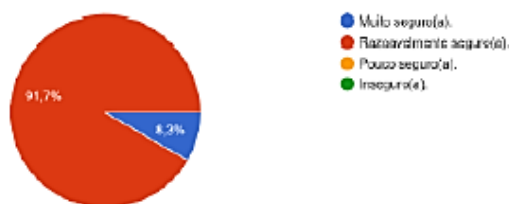


Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Pergunta 4: Sente-se seguro(a) ao alimentar/incentivar a ingestão hídrica de pessoas com disfagia?

12 respostas



Pergunta 5: Considera que as pessoas com alterações neurológicas e os seus cuidadores apresentam dificuldades na gestão da disfagia?

12 respostas

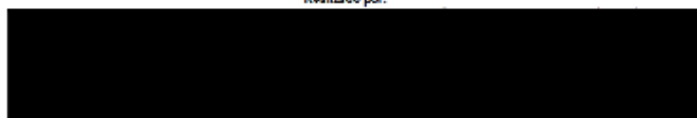


**Pergunta 5.1:** Se sim, refira a(s) dificuldade(s) mais mencionada(s) pelas pessoas e cuidadores?

Respostas:

- “Texturas das dietas, particularidades da disfagia, consistência da água gelificada”;
- “Desconhecimento de como atuar”;
- “Reconhecer a disfagia para além da obvia obstrução da via aérea, adequar texturas alimentares ao tipo de disfagia, técnicas de deglutição, técnicas de gestão do bolo alimentar”;
- “Dificuldade na adesão ao espessante por exemplo”;

Realizado por:

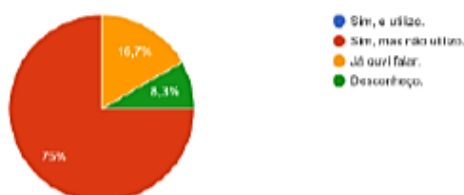


Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

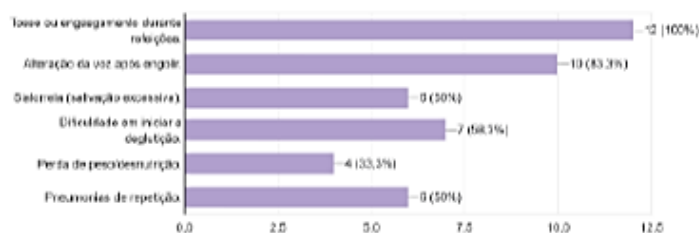
- “Gerir os engasgos”;
- “A negação da própria disfagia altera a postura e a colaboração do doente e família”;
- “Reverter engasgo, mobilizar estratégias, espessar líquidos”;
- “Tipo de alimentação para confeccionar durante as idas a casa no fim de semana e no pós-alta, estratégias facilitadoras da deglutição, produtos no mercado, quantidade de espessante necessária, diferentes tipos de consistência dos líquidos consoante a necessidade.”;
- “Desvalorizam a alteração da deglutição e não cumprem as orientações dadas.”;
- “Adoção de estratégias que evitem episódios de engasgos e/ou disfagia”;
- “Desconhecimento de estratégias que facilitem a deglutição. Dificuldade em adaptar a consistência dos líquidos”.

**Secção 3- Gestão da Disfagia**

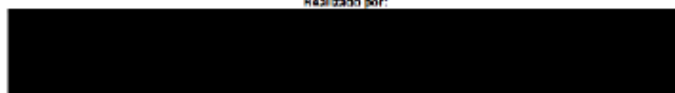
Pergunta 1: Conhece a escala Gugging Swallowing Screen (GUSS)?  
12 respostas



Pergunta 2: Sinais que costuma observar em pessoas com disfagia (assinale as que se aplicam):  
12 respostas



Realizado por:



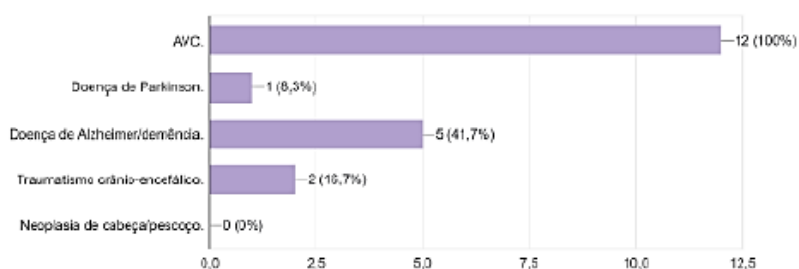
Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

XX

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

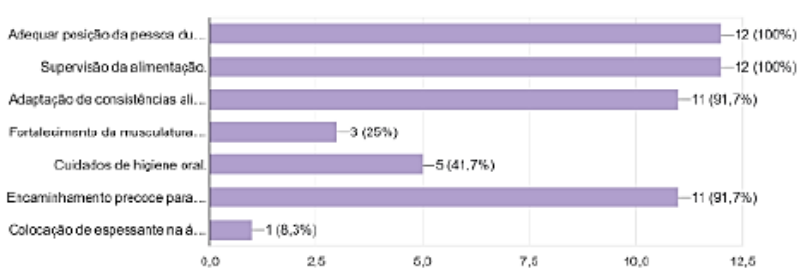
Pergunta 3: Principais causas de disfagia observadas no serviço:

12 respostas



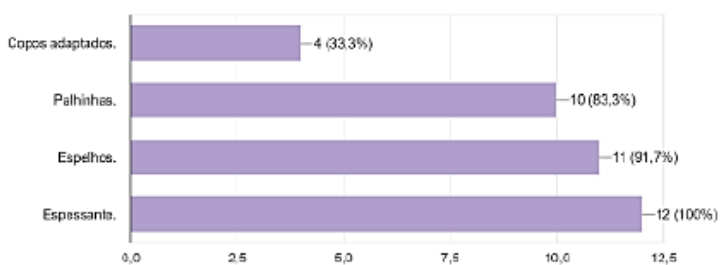
Pergunta 4: Estratégias utilizadas, no serviço, para prevenir complicações da disfagia (selecione as que mais utiliza):

12 respostas

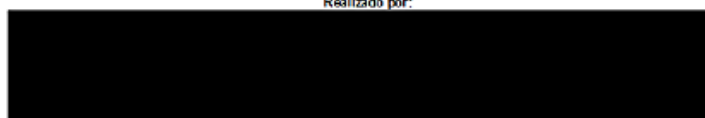


Pergunta 5: Que produtos de apoio existem no serviço para pessoas com disfagia?

12 respostas



Realizado por:



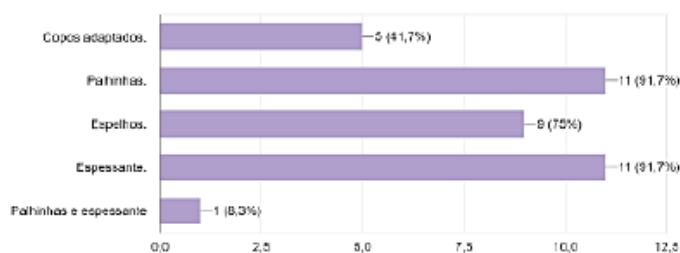
Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Pergunta 6: Dos produtos de apoio acima mencionados, tem por hábito utilizar algum deles?  
12 respostas

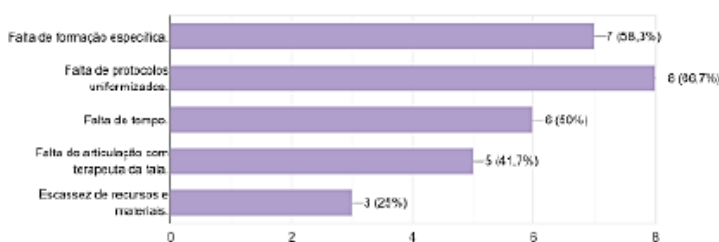


Pergunta 6.1: Se sim, quais?  
12 respostas

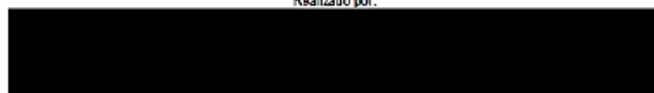


**Secção 4- Formação**

Pergunta 1: Quais as principais dificuldades/necessidades da equipa de enfermagem na abordagem à pessoa com disfagia (selecione até 4 opções)?  
12 respostas

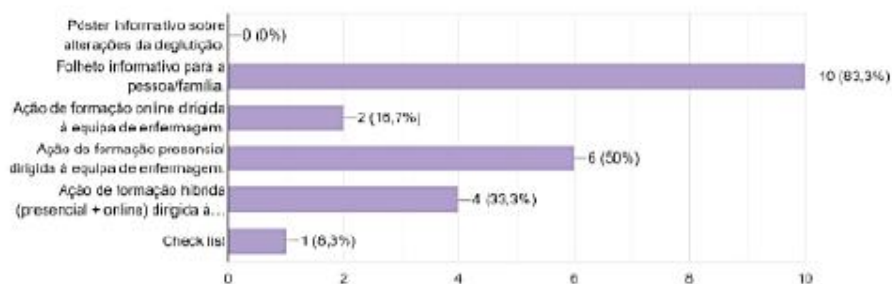


Realizado por:



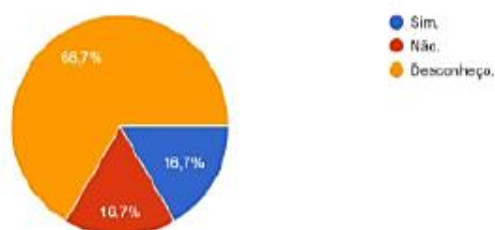
Pergunta 2: Que estratégias considera pertinentes para implementar no serviço (selecione até 2 opções)?

12 respostas



Pergunta 3: Existe algum folheto, protocolo ou guia sobre a disfagia no serviço?

12 respostas

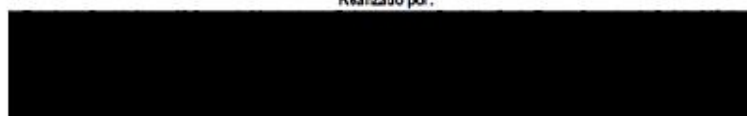


Pergunta 3.1: Considera importante criar um?

10 respostas

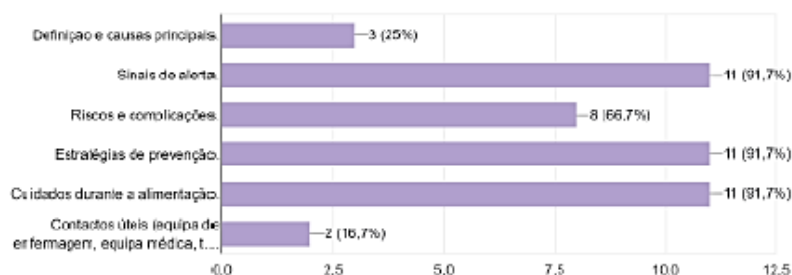


Realizado por:



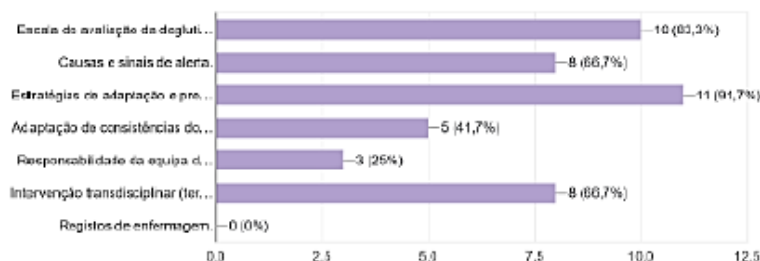
Pergunta 4: Conteúdos que considera essenciais num folheto informativo sobre disfagia para a pessoa alvo de cuidados/família (selecione até 4 opções)?

12 respostas



Pergunta 5: Quais os temas que considera importantes para abordar numa ação de formação sobre disfagia dirigida à equipa de enfermagem (selecione até 4 opções)?

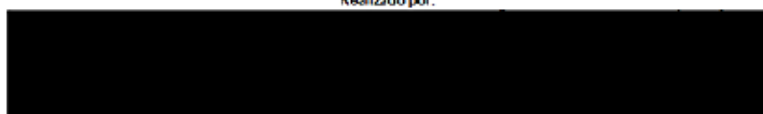
12 respostas



#### ◆ Conclusão

A análise dos resultados do questionário evidencia que, embora a equipa reconheça a relevância do tema da deglutição comprometida e tenha contacto frequente com pessoas que apresentam alterações da deglutição, persistem lacunas significativas em termos de formação e de existência de normas ou protocolos uniformizados no serviço. Verificou-se que a maioria dos enfermeiros se sente apenas razoavelmente segura na abordagem à alimentação destas pessoas e identifica dificuldades comuns das pessoas/cuidadores relacionadas com a adaptação de texturas alimentares, utilização de espessante e reconhecimento precoce dos sinais de alerta. Estes resultados reforçam a pertinência de desenvolver materiais de apoio, nomeadamente um folheto informativo dirigido à pessoa e à família, e de promover uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem, de modo a uniformizar práticas, fortalecer competências e garantir cuidados mais seguros e eficazes às pessoas com disfagia.


Realizado por:



Beatriz Antunes Novo- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica


xxiv

Apêndice II | Checklist de Avaliação da Deglutição



# Checklist

Pessoa com Deglutição Comprometida



## 1 Bem-estar da Pessoa e Ambiente dos Cuidados

- Assegurar um **ambiente seguro** e calmo para proceder à realização da avaliação da deglutição da pessoa;
- Verificar o **comportamento**, o **bem-estar** e **conforto** da pessoa para avaliar a sua deglutição (caso não apresente condições, adiar avaliação);
- Reunir o **material necessário** para a avaliação da deglutição: copo, água, espessante, *garfo/ shaker*, colher de metal, fatia de pão. **Explicar o procedimento.**

## 2 Avaliação da Deglutição

Escala de GUSS- Teste Indireto (Fase 1)

	SIM	NÃO
<b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gargalheio, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	
	1 = 4 = Investigação posterior 5 = Continuar para a secção 2	

\* Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.

\*\* 3, 5, 10, 20 ml de água – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.

\*\*\* Pão seco  
<sup>1</sup>Encaminhar para médico fonoaudiólogo ou fonoaudiólogo para avaliação da fala

## 3 Avaliação da Deglutição

Escala de GUSS- Teste Direto (Fase 2)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (≥ 2 seg.) (SÓLIDOS ≥ 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (Involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (ocorrer a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	(5)	(5)	(5)
	1 = 4 = Investigação posterior 5 = Continuar para líquido	1 = 4 = Investigação posterior 5 = Continuar para sólido	1 = 4 = Investigação posterior 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	(20)		

## 4 Interpretação dos Resultados

	RESULTADOS	GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"><li>Dieta normal</li><li>Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li></ul>
15-19	Semi-sólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"><li>Dieta passada</li><li>Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li><li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li></ul>
10-14	Semi-sólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"><li>Dieta semi-líquida</li><li>Líquidos espessados</li><li>Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li><li>Não administrar medicação líquida</li><li>Avaliação especializada<sup>2</sup></li></ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"><li>NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral)</li><li>Avaliação especializada<sup>2</sup></li></ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

## 5 Documentação

- Registrar em diário de enfermagem, no processo da pessoa alvo de cuidados, o resultado da respetiva avaliação;
- Em caso de **deglutição comprometida**, deveremos colocar, por detrás do horário da pessoa, o **símbolo da disfagia** (imagem abaixo), de modo a garantir a segurança e prevenir complicações.



Símbolo da Pessoa com a Deglutição Comprometida

Realizado por:

Estudante Beatriz Novo

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

Referências Bibliográficas:



Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

### Apêndice III | Folheto Informativo para a Pessoa com a Deglutição Comprometida e Família



#### Estratégias de Adaptação

Durante a refeição:

- Garantir um ambiente calmo e tranquilo;
- A pessoa deverá estar acordada e sentada;
- Fornecer a alimentação no campo visual da pessoa;
- Não encher demasiado a colher;
- Não usar palhinhas ou seringas (pode aumentar o risco de engasgar);
- Comer devagar e dar tempo à pessoa para engolir os alimentos/líquidos;
- Verificar a existência de resíduos na boca;
- Após a refeição, manter a pessoa sentada pelo menos 30 minutos;
- Incentivar a higiene oral frequente.

Sugestões de receitas com espessante:



!!!  
(verifique sempre as instruções do fabricante acerca do espessante)

## DISFAGIA

A disfagia define-se como a dificuldade em engolir, ou seja, uma sensação de impedimento da passagem dos alimentos líquidos/sólidos (ou ambos), no caminho até ao estômago.

#### PRINCIPAIS CAUSAS

- Acidente Vascular Cerebral (a causa mais comum, entre 27%-67% dos casos);
- Doença de Parkinson;
- Demência/Alzheimer;
- Traumatismo Crânio-Encefálico;
- Linfadenopatia;
- Neoplasias da cabeça/pescoço;
- Entre outras.

#### COMPLICAÇÕES

- Infecções Respiratórias de Repetição ("falso trajeto" - comida/líquidos em vez de irem para o estômago vão para os pulmões);
- Desidratação;
- Perda de apetite e peso (desnutrição);
- Medo, Ansiedade e Isolamento social.



#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Realizado por:  
Beatriz Novo  
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

Em caso de dúvida, contactar a equipa de enfermagem!

#### CONTACTOS



## DISFAGIA

Informação para a pessoa e família



#### Estratégias de Adaptação à Vida com Disfagia

« Não precisa de abandonar o seu lugar na mesa! »

#### SINAIS DE ALERTA



- Espirros ou tosse após engolir os alimentos/líquidos;
- Pigarrear (limpar a garganta);
- Engasgos e/ou falta de ar;
- Sialorreia (Babiar);
- Alterações da voz (voz molhada/rouca);
- Engolir várias vezes;
- Resíduos de comida na boca;
- Dificuldade em mastigar os alimentos;
- Tempo prolongado para engolir os alimentos/líquidos;
- Saída de alimento pelo nariz durante a alimentação;
- Lacrimejo após engolir alimentos/líquidos.



#### EXERCÍCIOS A REALIZAR

Para melhorar o processo de engolir, aqui estão alguns exemplos:



**Treinar a respiração**  
(Inspirar pelo nariz e expirar pela boca)



**Exercitar os músculos da cara**  
(assabiar/mandar beijinhas, deitar a língua de fora, encher a boca de ar)


#### IMPORTANTE

A **modificação da dieta**, de acordo com a avaliação realizada pelos profissionais e a **adaptação das consistências dos líquidos** com recurso ao **espessante**:



(vídeo demonstrativo da preparação de consistências dos líquidos)

Apêndice IV | Questionário de Satisfação da Ação de Formação



**Questionário de Satisfação-Ação de Formação** Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família

Seguinte Limpar formulário

\* Indica uma pergunta obrigatória

**1. Organização da Formação**

Clareza dos objetivos da formação \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Relevância dos conteúdos abordados \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Qualidade dos materiais de apoio utilizados (slides, folhetos, vídeos) \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Ação de Formação/Folheto Informativo- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Duração da sessão *						
	1	2	3	4	5	
Muito Insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito/a

Condições da sala/ambiente da formação *						
	1	2	3	4	5	
Muito Insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito/a

[Anterior](#)   [Seguinte](#)   [Limpar formulário](#)

### 2. Formadora

Estudante de Mestrado Beatriz Novo

Domínio do conteúdo *						
	1	2	3	4	5	
Muito Insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito/a

Clareza na exposição *						
	1	2	3	4	5	
Muito Insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito/a

Capacidade de esclarecer dúvidas *						
	1	2	3	4	5	
Muito Insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito/a

Comunicação e interação com a equipa *						
	1	2	3	4	5	
Muito Insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Satisfeito/a

**3. Aplicabilidade**

Utilidade prática para o desempenho profissional diário \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Adequação da formação às necessidades do serviço \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

[Anterior](#) [Seguinte](#) [Limpar formulário](#)

**4. Avaliação Global**

Como avalia globalmente esta ação de formação? \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Recomenda esta ação de formação? \*

Sim

Não

Comentários/Sugestões

A sua resposta

[Anterior](#) [Seguinte](#) [Limpar formulário](#)

**Agradecemos imenso a sua colaboração!**

O seu feedback será essencial para melhorarmos continuamente as nossas ações de formação.



**Apêndice XVII |**

Plano da Ação de Formação “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”



**Plano de Ação de Formação**

<b>TEMA DA SESSÃO:</b> Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família	<b>FORMADORAS:</b> Beatriz Novo, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica
<b>DATA:</b> 23 de janeiro 2026	<b>LOCAL:</b>
<b>HORA/DURAÇÃO:</b> 14h30-15h30/ 60 minutos	<b>POPULAÇÃO-ALVO:</b> Enfermeiros

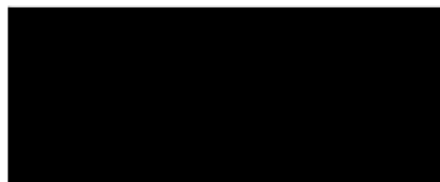
Conteúdos Programáticos (Organizados pela sequência de abordagem)	Objetivos	Atividades a Realizar	Tempo (Minutos)	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio	Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação)
Deglutição comprometida:  Introdução Pertinência e a importância do tema.  Disfagia- definição, prevalência, tipos e causas  Sinais de Alerta na pessoa com disfagia	<b>Objetivo Geral</b> Promover a capacitação da equipa de enfermagem na abordagem da pessoa com deglutição comprometida e sua família. <b>Objetivos Específicos</b>	Abordar os dados do diagnóstico de situação e os dados atuais do serviço, relacionando com a importância do tema.  Rever a definição da disfagia, o processo de deglutição, os pares cranianos envolvidos, os tipos de disfagia existentes e as causas dos mesmos.  Explicar os diferentes sinais de alerta na pessoa com disfagia.	15	Expositivo	Computador PowerPoint Projetor	Não aplicável

<b>Formadoras</b>	<b>Professora Orientadora</b>
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



Conteúdos Programáticos (Organizados pela sequência de abordagem)	Objetivos	Atividades a Realizar	Tempo (Minutos)	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio	Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação)
Instrumento de Avaliação (Escala de GUSS) e a sua utilização	Uniformizar a intervenção da equipa de enfermagem à pessoa com	Dar a conhecer a Escala de GUSS, explicar a sua utilização detalhadamente.	15	Expositivo + Vídeos de Demonstração da utilização da Escala	Computador PowerPoint Projektor	Não aplicável
Estratégias de adaptação para a pessoa com disfagia, prevenção de complicações e Intervenção Transdisciplinar	alteração da deglutição; Garantir cuidados centrados na pessoa com alteração da deglutição e sua família; Potenciar o <i>empowerment</i> das pessoas com alteração da deglutição e sua família na gestão da alimentação.	Abordar as principais estratégias de adaptação na abordagem da pessoa com disfagia durante a sua alimentação/ingesta hídrica. Explinar a importância da existência de uma articulação estreita entre os diferentes elementos da equipa transdisciplinar na abordagem à pessoa com disfagia e sua família.	10	Expositivo	Computador PowerPoint Projektor	Não aplicável
Folheto Informativo para a pessoa com disfagia e família		Dar a conhecer o folheto informativo realizado acerca da temática (Apêndice D)	5	Expositivo	Computador PowerPoint Projektor	
Conclusão/esclarecimentos e dúvidas		Encerramento	5	Expositivo	Computador PowerPoint Projektor	Questionário de satisfação <i>Google Forms</i> (Apêndice II) Feedback dos elementos da equipa de

Formadoras	Professora Orientadora
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:

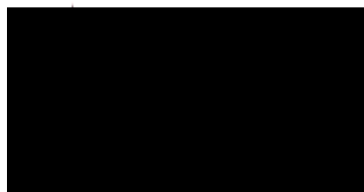


Conteúdos Programáticos (Organizados pela sequência de abordagem)	Objetivos	Atividades a Realizar	Tempo (Minutos)	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio	Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação)
						enfermagem presentes

**Referências Bibliográficas:**

- Bae, J., Suh, I., Kim, J. & Lim, J. (2021). Comparison of straw and cup for liquid swallowing in poststroke patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 44 (2). 181-184. <https://doi.org/10.1097/mrr.0000000000000468>
- Costa, C. (2020). Avaliação da Deglutição: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2409>
- Domingos, A. & Verissimo, D. (dezembro de 2014). *Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida*. Ordem dos Enfermeiros- Secção Regional Sul. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CHMedioTejo\\_ProjetoDegluticao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf)
- Ferreira, A. (2017). Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus]. Repositório da Universidade de Évora. <https://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/21775/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Alexandra%20Maria%20da%20Silva%20Ferreira%20-%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20degluti%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20plica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Escala%20Guss....pdf>

Formadoras	Professora Orientadora
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



- Goldemund, D. (2025). *Stroke-Related Dysphagia*. Stroke Manual- Treatment and prevention. <https://www.stroke-manual.com/stroke-related-dysphagia/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Stroke rehabilitation in adults: NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng236](http://www.nice.org.uk/guidance/ng236)
- Oliveira, I, Couto, G., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M. & Ferreira, P. (2021). A Versão Portuguesa do Gugging Swallowing Screen: Resultados da sua Aplicação. *Millenium*, 2 (16). 93-101. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/24585/18675>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual- Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Portugal Angels Nurse Task Force. (janeiro de 2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral*. [https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)
- Registered Nurses Association of Ontario. (2025). *Person- and Family-Centred Care*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>
- Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II (85)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C & Oliveira, M. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Deglutição Comprometida em Contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6 (1). 1-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Santos, T., Silva, H. & Almeida, T. (agosto de 2023). A Pessoa com Alteração na Deglutição. *Gazeta Médica*, 10 (3). 203-211. <https://doi.org/10.29315/gm.v1i1.619>

Formadoras	Professora Orientadora
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



- Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2023). *Pessoa com Dificuldade na Deglutição- Guia de Apoio ao Cuidador*. [https://www.ulstmad.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2024/04/207.00\\_guia\\_apoio\\_cuidador.pdf?](https://www.ulstmad.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2024/04/207.00_guia_apoio_cuidador.pdf?)
- World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. (2015). Dysphagia-global guidelines and cascades. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 49 (5). 370-378. <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000000307>

Formadoras	Professora Orientadora
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



## APÊNDICES

Formadoras	Professora Orientadora
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



**Apêndice I | Folheto Informativo para a Pessoa com Alteração da Deglutição e Família**



**Estratégias de Adaptação**

*Durante a refeição:*

- Garantir um ambiente calmo e tranquilo;
- A pessoa deverá estar boardada e sentada;
- Fornecer a alimentação no campo visual da pessoa;
- Não encher demasiado a colher;
- Não usar palhinhas ou seringas (pode aumentar o risco de engasgar);
- Comer devagar e dar tempo à pessoa para engolir os alimentos/líquidos;
- Verificar a existência de resíduos na boca;
- Após a refeição, manter a pessoa sentada pelo menos 30 minutos;
- Incentivar a higiene oral frequente.

**Sugestões de receitas com espessante:**



**!**  
(verifique sempre as instruções do fabricante acerca do espessante)

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



Realizado por:  
**Beatriz Novo**  
Estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde

Em caso de dúvida, contactar a equipa de enfermagem!

**CONTACTOS**



**DISFAGIA**

Informação para a pessoa e família



**Estratégias de Adaptação à Vida com Disfagia**

« Não precisa de alibicar do seu lugar na mesa! »

**DISFAGIA**

A disfagia define-se como a dificuldade em engolir, ou seja, uma sensação de impedimento da passagem dos alimentos líquidos/sólidos (ou ambos), no caminho até ao estômago.

**PRINCIPAIS CAUSAS**

- Acidente Vascular Cerebral (a causa mais comum, entre 27%-67% dos casos);
- Doença de Parkinson;
- Demência/Alzheimer;
- Traumatismo Crânio-Encefálico;
- Linfadenopatia;
- Neoplasias da cabeça/pescoço;
- Entre outras.



**SINAIS DE ALERTA**



- Espirros ou tosse após engolir os alimentos/líquidos;
- Pigarrear (limpar a garganta);
- Engasgos e/ou falta de ar;
- Sialorraia (Babar);
- Alterações da voz (voz molhada/rouca);
- Engolir várias vezes;
- Resíduos de comida na boca;
- Dificuldade em mastigar os alimentos;
- Tempo prolongado para engolir os alimentos/líquidos;
- Saída de alimento pelo nariz durante a alimentação;
- Lacrimejo após engolir alimentos/líquidos.

**COMPLICAÇÕES**

- Infecções Respiratórias de Repetição ("falso trajeto": comida/líquidos em vez de irem para o estômago vão para os pulmões);
- Desidratação;
- Perda de apóito e peso (desnutrição);
- Medo, Ansiedade e Isolamento social.



**EXERCÍCIOS A REALIZAR**

Para melhorar o processo de engolir, aqui estão alguns exemplos:



**Treinar a respiração**  
(inspirar pelo nariz e expirar pela boca)



**Exercitar os músculos da cara**  
(assobiar/mandar beijinhos, deitar a língua de fora, encher a boca de ar)

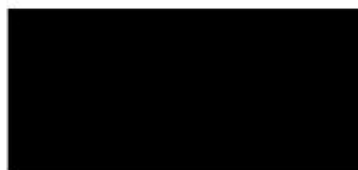
**IMPORTANTE**

A **modificação da dieta**, de acordo com a avaliação realizada pelos profissionais e a **adaptação das consistências dos líquidos** com recurso ao **espessante**:




(Vídeo demonstrativa da preparação de consistências dos líquidos)

<b>Formadoras</b>	<b>Professora Orientadora</b>
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



## Apêndice II | Questionário de Satisfação da Ação de Formação



**Questionário de Satisfação-Ação de Formação** Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família

\* Indica uma pergunta obrigatória

**1. Organização da Formação**

Clareza dos objetivos da formação \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Relevância dos conteúdos abordados \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Qualidade dos materiais de apoio utilizados (slides, folhetos, vídeos) \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Formadoras	Professora Orientadora
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



**Duração da sessão \***

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

**Condições da sala/ambiente da formação \***

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

**2. Formadora**

Estudante de Mestrado Beatriz Novo

**Domínio do conteúdo \***

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

**Clareza na exposição \***

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

**Capacidade de esclarecer dúvidas \***

1 2 3 4 5



Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

**Comunicação e interação com a equipa \***

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Formadoras	Professora Orientadora
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



**3. Aplicabilidade**

Utilidade prática para o desempenho profissional diário \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Adequação da formação às necessidades do serviço \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Anterior Seguinte Limpar formulário

**4. Avaliação Global**

Como avalia globalmente esta ação de formação? \*

1 2 3 4 5

Muito Insatisfeito/a      Muito Satisfeito/a

Recomenda esta ação de formação? \*

Sim

Não

Comentários/Sugestões

A sua resposta \_\_\_\_\_

**Agradecemos imenso a sua colaboração!**

O seu feedback será essencial para melhorarmos continuamente as nossas ações de formação.

Formadoras	Professora Orientadora
Assinaturas:	Assinatura:
Data:	Data:



**Apêndice XVIII |**

Questionário de Satisfação: Resultante da Ação de Formação “Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família”



Secção 1 de 6

## Questionário de Satisfação-Ação de Formação

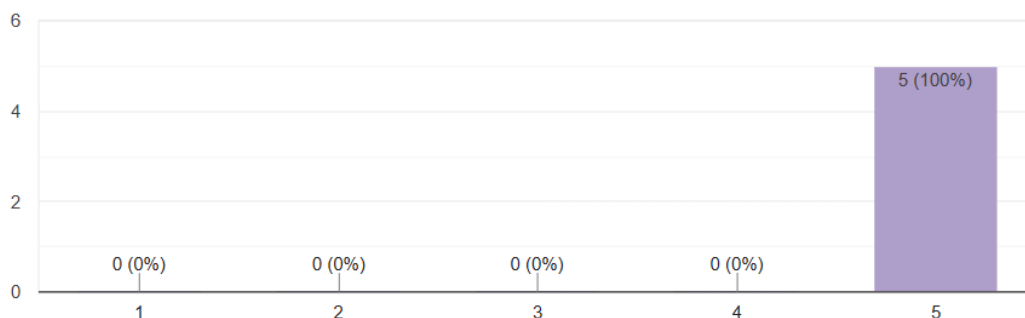
### Deglutição comprometida: A intervenção da equipa de enfermagem na capacitação da pessoa com alterações neurológicas/família

#### 1. Organização da Formação

Clareza dos objetivos da formação

 Copiar gráfico

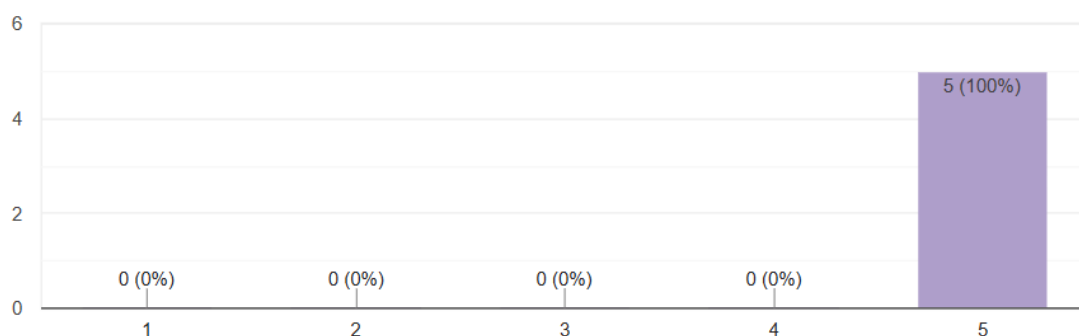
5 respostas



### Relevância dos conteúdos abordados

 Copiar gráfico

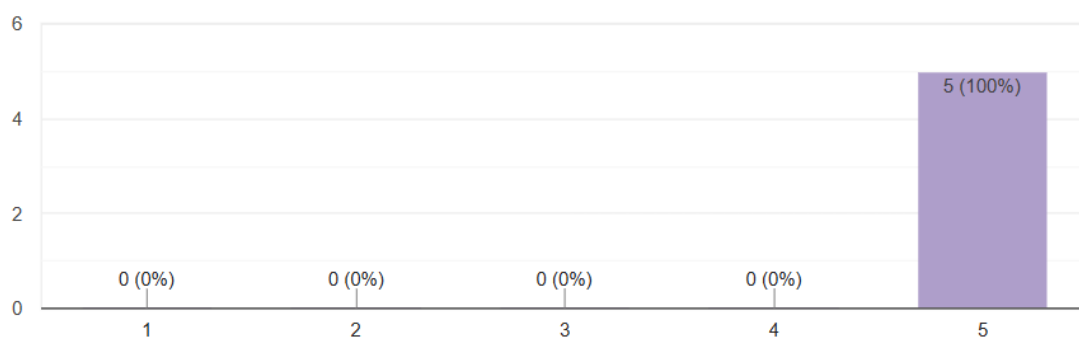
5 respostas



### Qualidade dos materiais de apoio utilizados (slides, folhetos, vídeos)

 Copiar gráfico

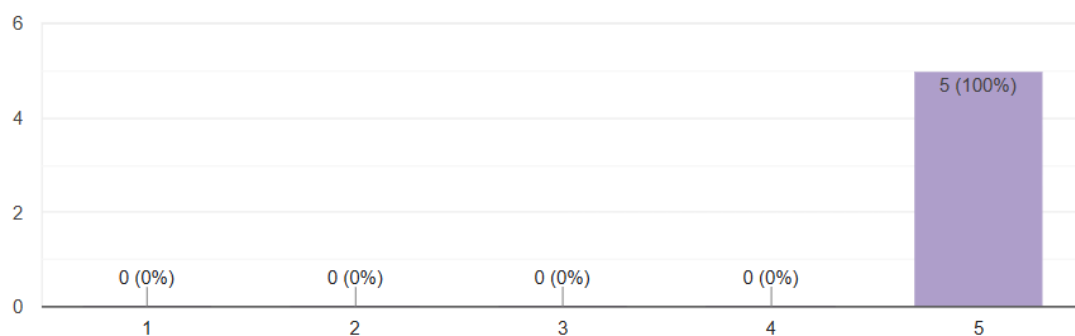
5 respostas



### Duração da sessão

 Copiar gráfico

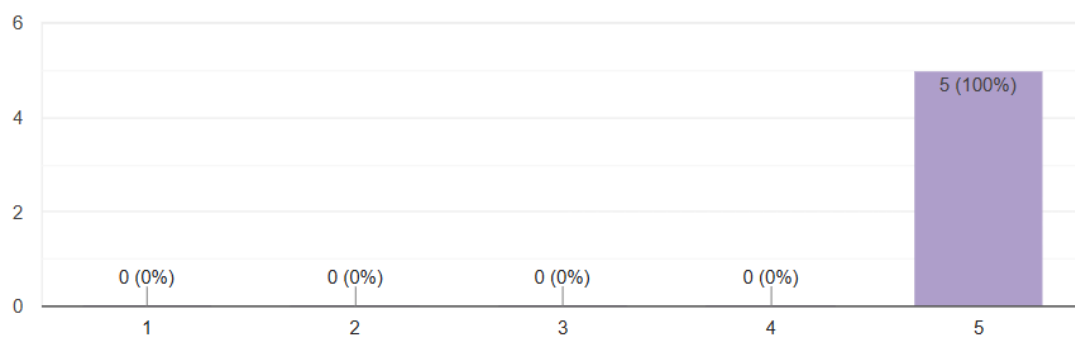
5 respostas



### Condições da sala/ambiente da formação

 Copiar gráfico

5 respostas

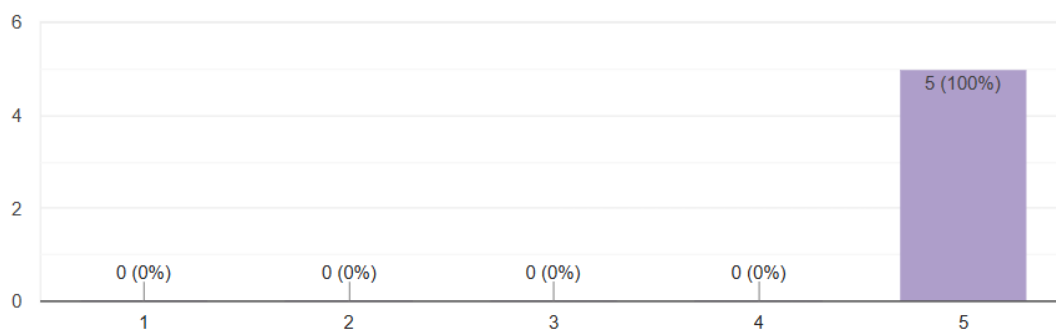


## 2. Formadora

### Domínio do conteúdo

 Copiar gráfico

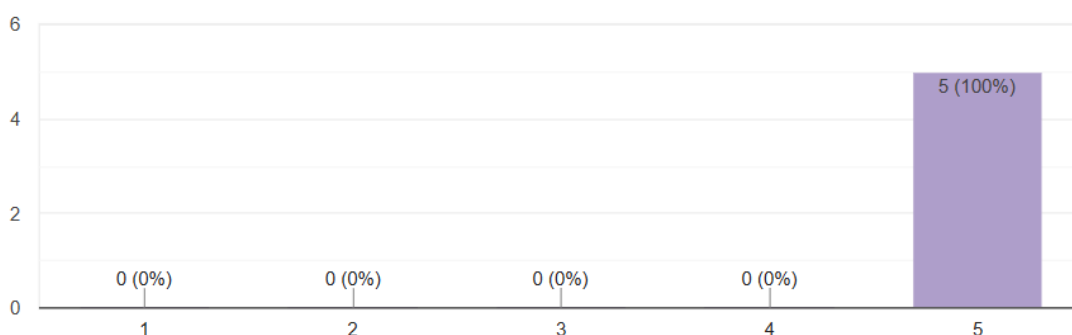
5 respostas



### Clareza na exposição

 Copiar gráfico

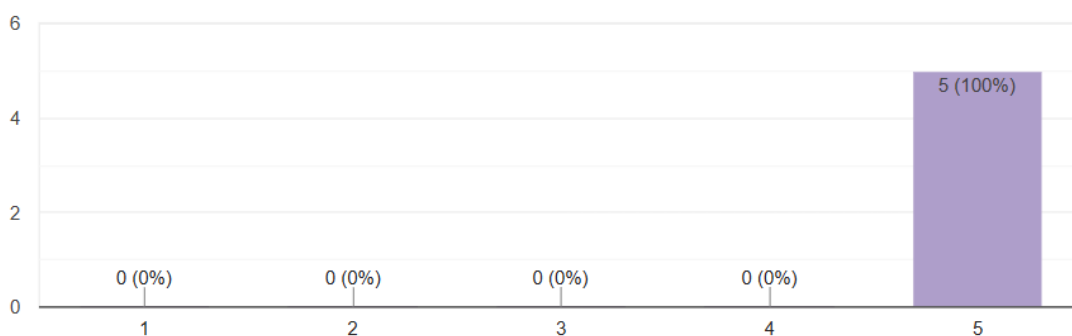
5 respostas



### Capacidade de esclarecer dúvidas

 Copiar gráfico

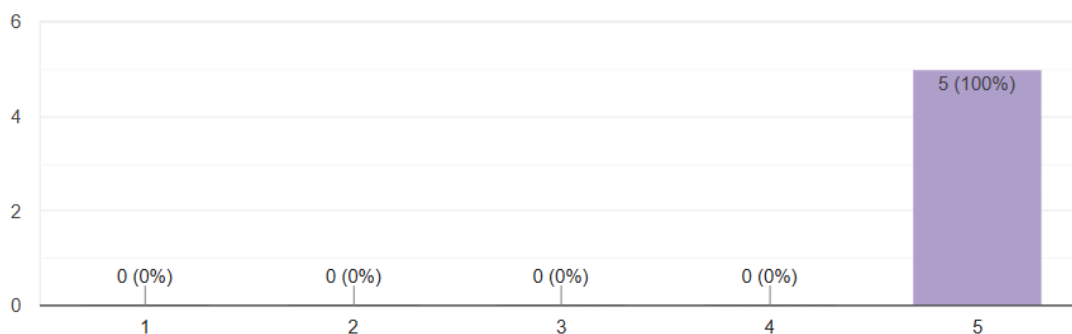
5 respostas



### Comunicação e interação com a equipa

[Copiar gráfico](#)

5 respostas

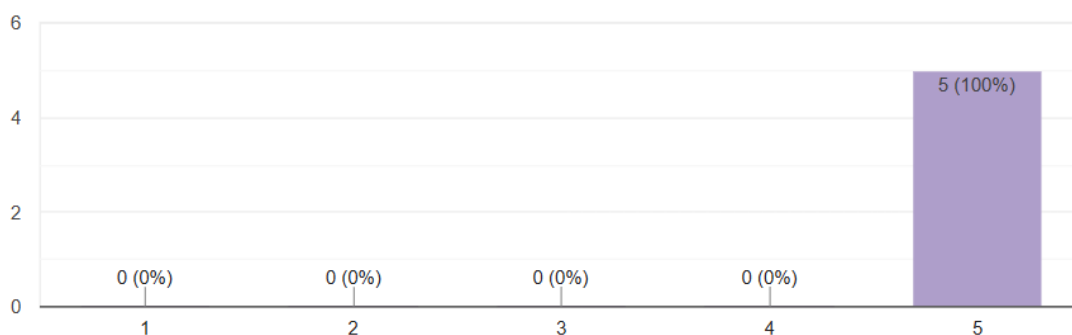


## 3. Aplicabilidade

### Utilidade prática para o desempenho profissional diário

[Copiar gráfico](#)

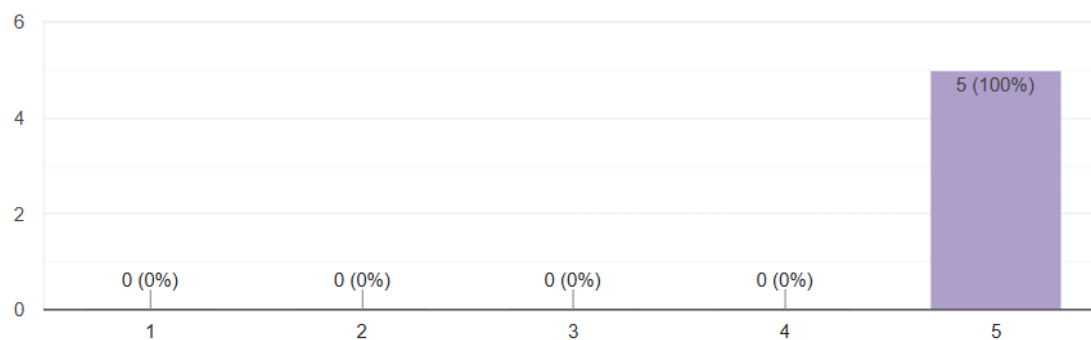
5 respostas



### Adequação da formação às necessidades do serviço

[Copiar gráfico](#)

5 respostas

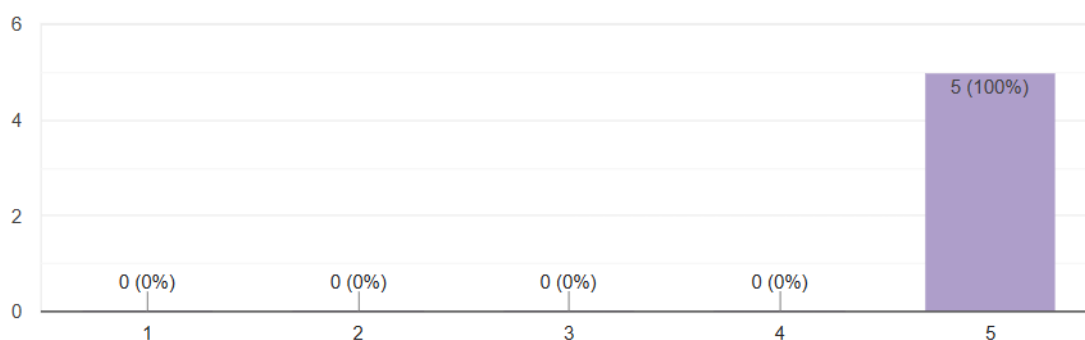


#### 4. Avaliação Global

Como avalia globalmente esta ação de formação?

 Copiar gráfico

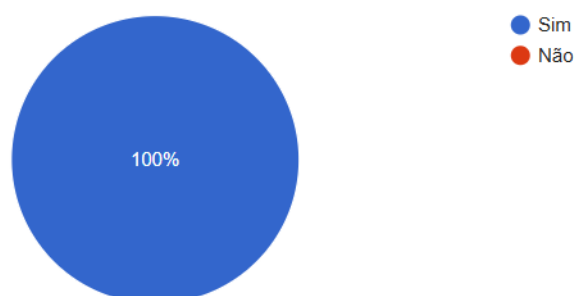
5 respostas



Recomenda esta ação de formação?

 Copiar gráfico

5 respostas



Comentários/Sugestões

2 respostas

Ótima apresentação a todos os níveis.

Adorei!!

**Agradecemos imenso a sua colaboração!**



**Apêndice XIX |**

Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção de quedas e promoção de estratégias”



**Plano de Sessão de Educação para a Saúde**

<b>TEMA DA SESSÃO:</b> Prevenção de Quedas e Promoção de Estratégias	<b>FORMADORAS:</b> Beatriz Novo; [Redacted]
<b>DATA:</b> 24 de outubro de 2025	<b>LOCAL:</b> [Redacted]
<b>HORA/DURAÇÃO:</b> 14h30-15h30/ 60 minutos	<b>POPULAÇÃO-ALVO:</b> Pessoas Idosas na Comunidade

Conteúdos Programáticos (Organizados pela sequência de abordagem)	Objetivos	Atividades a Realizar	Tempo (Minutos)	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio	Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação)
Introdução sobre as quedas e medo de cair	<b>Objetivo Geral:</b> Promover a capacitação das pessoas idosas para a prevenção da ocorrência de quedas no domicílio.	Acolhimento e introdução	10	Expositivo	Computador PowerPoint Monitor	Não aplicável
Identificação dos fatores de risco de queda		Identificação dos fatores de risco extrínsecos e intrínsecos	10	Expositivo	Computador PowerPoint Monitor	Não aplicável
Medidas de prevenção de quedas e segurança no domicílio		Abordar as medidas de prevenção de quedas e segurança no domicílio	10	Expositivo	Computador PowerPoint Monitor	Não aplicável

Formadoras	Professores Orientadores	
Assinaturas:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data:	Data:



Conteúdos Programáticos (Organizados pela sequência de abordagem)	Objetivos	Atividades a Realizar	Tempo (Minutos)	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio	Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação)
Estratégias 'Cai e agora?!	-Identificar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos associados às quedas; -Descrever as consequências físicas, emocionais e sociais das quedas, nomeadamente o medo de cair; - Promover a utilização de medidas práticas na prevenção da ocorrência de quedas no domicílio; -Demonstrar e treinar estratégias seguras para uma situação	Dinâmica de apresentação de um episódio de uma queda, abordando as estratégias de levantar em segurança	15	Expositivo + Dinâmica Interativa	Computador <i>PowerPoint</i> Monitor Produtos de Apoio (ex. andarilho/bengala) Tapete	Não aplicável
Exercício Físico como estratégia de prevenção de quedas		Exercícios de equilíbrio e de fortalecimento muscular, bem como desafios de apanhar objetos ao nível do chão e acima do nível da cabeça	10	Expositivo + Dinâmica Interativa	Computador <i>PowerPoint</i> Monitor Bandas Elásticas Bola Pinça de alcance de objetos	Não aplicável
Conclusão/esclarecimentos e dúvidas		Encerramento e entrega de <i>Checklist</i>	5	Expositivo	Computador <i>PowerPoint</i> Monitor <i>Checklist</i> de Avaliação do risco de queda no domicílio	Feedback dos participantes da sessão (satisfação da população-alvo: PREM)

Formadoras	Professores Orientadores	
Assinaturas:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data:	Data:



Conteúdos Programáticos (Organizados pela sequência de abordagem)	Objetivos	Atividades a Realizar	Tempo (Minutos)	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio	Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação)
	de ocorrência de queda; • Sensibilizar as pessoas idosas para os riscos de queda presentes no domicílio.					

**Referências Bibliográficas:**

- Baixinho, C., & Santos, B. (2020). Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 91-100. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2007>
- Direção Geral da Saúde. (2019). Norma N°008/2019. *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Marques- Vieira, C.; Sousa, L.; Baixinho, C.; Reis, M.; Pérez-Rivas, F.; Sousa, L. (2021). Validação da Falls Efficacy Scale Internacional 7 itens em idosos portugueses residentes na comunidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30: e20190243, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>

Formadoras	Professores Orientadores	
Assinaturas:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data:	Data:



- National Institute for Health and Care Excellence (29 de abril de 2025). *Falls: assessment and prevention in older people and in people 50 and over at higher risk*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng249>
- Novo, B., Ribeiro, M., Bação, M., Andrade, M., Horta, P., Sousa, L., Guerra, N. & Severino, S. (2 de junho de 2025). Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling. *Salud, Ciencia y Tecnologia*.5.1-7. <https://doi.org/10.62486/agmu2025226>
- Oliveira, T., Baixinho, C., & Henriques, M. A. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 31(2), 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>
- Registered Nurses Association of Ontario (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4ª edição). [www.RNAO.ca/bpg](http://www.RNAO.ca/bpg)
- Centers for Disease Control and Prevention (2017). *STEADI- Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries*. <https://www.cdc.gov/steadi/pdf/patient/customizable/checkforsafety-brochure-final-customizable-508.pdf>

Formadoras	Professores Orientadores	
Assinaturas:	Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data:	Data:



**Apêndice XX |**







Planos Semanais de Exercícios e Atividades no Domicílio para as Pessoas Alvo de Cuidados

Para a pessoa submetida a **amputação transmetatársica**:

**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**

Nome:

Data:

Momento do dia / Dias de Semana	MANHÃ	TARDE	NOITE
SEGUNDA-FEIRA	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar 1 perna de cada vez (10 repetições- 3x em cada perna);</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dobrar e esticar a perna (10 repetições- 3x em cada perna);</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponte (10 repetições – 3x);</li> <li>- Ponte e contrair as nádegas quando a anca estiver elevada durante 5 segundos (10 repetições-3x) (Lembrar da nota de 500€).</li> </ul> <p><b>Treinar andar com a canadiana</b> (evitar carga no coto).</p> 	<p><b>Aquecimento (5 min):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodar a cabeça para um lado e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Inclinar a cabeça para um ombro e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Entrelaçar as mãos, levantar os braços esticados e fletir o corpo para um lado e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Apoiada: abrir e fechar a perna (5 repetições em cada perna).</li> </ul> <p><b>SOFÁ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Membros Superiores:</b> Mãos e Braços com duas garrafas de água pequenas: -Levantar e baixar os braços (10 repetições- 3x), -Abrir e fechar os braços (10 repetições- 3x).</li> <li>- <b>Membros Inferiores:</b> -Com a perna esticada: levantar até fazer um ângulo de 90º, dobrar o coto em direção ao calcanhar e voltar a dobrar em direção ao joelho (10 repetições-3x); inclinar coto para dentro e para fora (10 repetições- 3x).</li> </ul> 	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponte com perna direita esticada e perna esquerda dobrada (10 repetições – 3x);</li> <li>- Com uma toalha em rolo por baixo do tornozelo direito, fazer pressão com a perna contra o rolo- contrair contando até 5 e depois relaxar (10 repetições- 3x).</li> </ul>  

**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**

**Nome:**

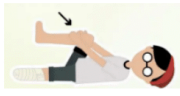






**Data:**

<p><b>TERÇA-FEIRA</b></p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Abrir e fechar a perna virada de lado (10 repetições- 3x uma perna de cada vez);                  - Deitada de barriga para baixo:                  - Dobrar a perna e elevar (10 repetições-3x em cada perna);                  - Dobrar a perna e rodar para fora e para dentro (10 repetições – 3x).</p> <p><b>EM POSIÇÃO DE PÉ</b> (Apoiada em superfície segura- ex. bancada da cozinha):                  - Abrir e fechar perna (10 repetições- 3x em cada perna);                  - Fletir e esticar o joelho direito (10 repetições – 3 x).</p> <p><b>Treinar andar com a canadiana</b> (evitar carga no coto).</p>	<p><b>Aquecimento (5 min):</b>                  - Rodar a cabeça para um lado e para o outro (5 repetições);                  - Inclinar a cabeça para um ombro e para o outro (5 repetições);                  - Entrelaçar as mãos, levantar os braços esticados e fletir o corpo para um lado e para o outro (5 repetições);                  - Apoiada: abrir e fechar a perna (5 repetições em cada perna).</p> <p><b>NO CHÃO DA SALA:</b>                  - Abdominais com a perna direita esticada (10 repetições- 3x);</p> <p>- Exercícios com banda elástica perto dos calcanhares (abrir e fechar uma perna- 10 repetições-3x em cada perna); levantar perna e voltar à posição inicial de deitada (10 repetições- 3x);                  - Exercícios com banda elástica nos joelhos (abrir e fechar perna- 10 repetições- 3x uma perna de cada vez).</p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Deitada de barriga para baixo:                  - Com mãos atrás das costas, elevar o peito e depois relaxar (10 repetições- 3x).</p> <p>- Elevar a perna esticada (10 repetições- 3x em cada perna).</p>
<p><b>QUARTA-FEIRA</b></p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Elevar 1 perna de cada vez (10 repetições- 3x em cada perna);</p>	<p><b>Aquecimento (5 min):</b>                  - Rodar a cabeça para um lado e para o outro (5 repetições);                  - Inclinar a cabeça para um ombro e para o outro (5 repetições);</p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Ponte com perna direita esticada e perna esquerda dobrada (10 repetições – 3x);</p>

**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**

**Nome:**







**Data:**

	<p>- Dobrar e esticar a perna (10 repetições- 3x em cada perna);</p> <p>- Ponte (10 repetições – 3x);</p> <p>- Ponte e contrair as nádegas quando a anca estiver elevada durante 5 segundos (10 repetições-3x) <b>(Lembrar da nota de 500€).</b></p> <p><b>Treinar andar com a canadiana</b> (evitar carga no coto).</p>	 	<p>- Entrelaçar as mãos, levantar os braços esticados e fletir o corpo para um lado e para o outro (5 repetições);</p> <p>- Apoiada: abrir e fechar a perna (5 repetições em cada perna).</p> <p><b>SOFÁ:</b></p> <p>- <b>Membros Superiores:</b> Mãos e Braços com duas garrafas de água pequenas: -Levantar e baixar os braços (10 repetições- 3x), -Abrir e fechar os braços (10 repetições- 3x).</p> <p>- <b>Membros Inferiores:</b> -Com a perna esticada: levantar até fazer um ângulo de 90º, dobrar o coto em direção ao calcanhar e voltar a dobrar em direção ao joelho (10 repetições-3x); inclinat coto para dentro e para fora (10 repetições- 3x).</p> 	<p>- Com uma toalha em rolo por baixo do tornozelo direito, fazer pressão com a perna contra o rolo- contrair contando até 5 e depois relaxar (10 repetições- 3x).</p> 
<p><b>QUINTA-FEIRA</b></p>	<p><b>CAMA:</b></p> <p>- Abrir e fechar a perna virada de lado (10 repetições- 3x uma perna de cada vez);</p> <p>- Deitada de barriga para baixo:</p> <p>- Dobrar a perna e elevar (10 repetições- 3x em cada perna);</p>  	<p><b>Aquecimento (5 min):</b></p> <p>- Rodar a cabeça para um lado e para o outro (5 repetições);</p> <p>- Inclinat a cabeça para um ombro e para o outro (5 repetições);</p> <p>- Entrelaçar as mãos, levantar os braços esticados e fletir o corpo para um lado e para o outro (5 repetições);</p> <p>- Apoiada: abrir e fechar a perna (5 repetições em cada perna).</p>	<p><b>CAMA:</b></p> <p>- Deitada de barriga para baixo:</p> <p>- Com mãos atrás das costas, elevar o peito e depois relaxar (10 repetições- 3x).</p> 	

**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**

**Nome:**






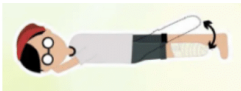
**Data:**

	<p>- Dobrar a perna e rodar para fora e para dentro (10 repetições – 3x).</p> <p><b>EM POSIÇÃO DE PÉ</b> (Apoiada em superfície segura- ex. bancada da cozinha):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir e fechar perna (10 repetições- 3x em cada perna);</li> <li>- Fletir e esticar o joelho direito (10 repetições – 3 x).</li> </ul> <p><b>Treinar andar com a canadiana</b> (evitar carga no coto).</p>	<p><b>NO CHÃO DA SALA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abdominais com a perna direita esticada (10 repetições- 3x);</li> <li>- Exercícios com banda elástica perto dos calcanhares (abrir e fechar uma perna- 10 repetições-3x em cada perna); levantar perna e voltar à posição inicial de deitada (10 repetições- 3x);</li> <li>- Exercícios com banda elástica nos joelhos (abrir e fechar perna- 10 repetições- 3x uma perna de cada vez).</li> </ul>	<p>- Elevar a perna esticada (10 repetições- 3x em cada perna).</p>
<p><b>SEXTA-FEIRA</b></p>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar 1 perna de cada vez (10 repetições- 3x em cada perna);</li> </ul>  <p>- Dobrar e esticar a perna (10 repetições- 3x em cada perna);</p>  <p>- Ponte (10 repetições – 3x);</p> <p>- Ponte e contrair as nádegas quando a anca estiver elevada durante 5 segundos</p> 	<p><b>Aquecimento (5 min):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodar a cabeça para um lado e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Inclinat a cabeça para um ombro e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Entrelaçar as mãos, levantar os braços esticados e fletir o corpo para um lado e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Apoiada: abrir e fechar a perna (5 repetições em cada perna).</li> </ul> <p><b>SOFÁ:</b></p> <p><b>- Membros Superiores:</b></p> <p>Mãos e Braços com duas garrafas de água pequenas: -Levantar e baixar os braços (10 repetições- 3x),</p> 	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponte com perna direita esticada e perna esquerda dobrada (10 repetições – 3x);</li> <li>- Com uma toalha em rolo por baixo do tornozelo direito, fazer pressão com a perna contra o rolo- contrair contando até 5 e depois relaxar (10 repetições- 3x).</li> </ul>  

**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**

**Nome:**


**Data:**

	<p>(10 repetições-3x) (<b>Lembrar da nota de 500€</b>).</p> <p><b>Treinar andar com a canadiana</b> (evitar carga no coto).</p>	<p>-Abrir e fechar os braços (10 repetições-3x).</p> <p><b>- Membros Inferiores:</b></p> <p>-Com a perna esticada: levantar até fazer um ângulo de 90º, dobrar o coto em direção ao calcanhar e voltar a dobrar em direção ao joelho (10 repetições-3x); inclinar coto para dentro e para fora (10 repetições-3x).</p> 	
<p><b>SÁBADO</b></p>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir e fechar a perna virada de lado (10 repetições- 3x uma perna de cada vez);</li> <li>- Deitada de barriga para baixo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dobrar a perna e elevar (10 repetições-3x em cada perna);</li> <li>- Dobrar a perna e rodar para fora e para dentro (10 repetições – 3x).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>EM POSIÇÃO DE PÉ</b> (Apoiada em superfície segura- ex. bancada da cozinha):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir e fechar perna (10 repetições- 3x em cada perna);</li> </ul>  	<p><b>Aquecimento (5 min):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodar a cabeça para um lado e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Inclinar a cabeça para um ombro e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Entrelaçar as mãos, levantar os braços esticados e fletir o corpo para um lado e para o outro (5 repetições);</li> <li>- Apoada: abrir e fechar a perna (5 repetições em cada perna).</li> </ul> <p><b>NO CHÃO DA SALA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abdominais com a perna direita esticada (10 repetições- 3x);</li> </ul> 	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deitada de barriga para baixo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com mãos atrás das costas, elevar o peito e depois relaxar (10 repetições-3x).</li> </ul> </li> <li>- Elevar a perna esticada (10 repetições- 3x em cada perna).</li> </ul>  

### PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES

**Nome:**

**Data:**

	<p>- Fletir e esticar o joelho direito (10 repetições – 3 x).</p> <p><b>Treinar andar com a canadiana</b> (evitar carga no coto).</p>	<p>- Exercícios com banda elástica perto dos calcanhares (abrir e fechar uma perna- 10 repetições-3x em cada perna); levantar perna e voltar à posição inicial de deitada (10 repetições- 3x);</p> <p>- Exercícios com banda elástica nos joelhos (abrir e fechar perna- 10 repetições- 3x uma perna de cada vez).</p>	
<b>DOMINGO</b>		<b>DIA DE DESCANSO</b>	
<p><b>NÃO ESQUECER:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar realizar carga no membro que tem o coto;</li> <li>- Não cruzar a perna amputada;</li> <li>- Evitar estar sentada durante muito tempo;</li> <li>- Massajar o coto é importante.</li> </ul>			

**Fontes:** Direção-Geral da Saúde. (setembro de 2024). *Manual de atividade física adaptada para pessoas com amputação*. <https://desportoatividadefisicaparatodos-fpdd.org/wp-content/uploads/2024/09/Manual-de-Atividade-Fisica-adaptada-para-pessoas-com-Amputacao.pdf>

Barreiros, B.; Villas Boas, P. & Silva, T. (2019). *Guia de orientações ao paciente amputado*. <https://pt.slideshare.net/slideshow/guia-de-orientaes-ao-paciente-amputadopdf/266872346#14>

Para a pessoa com **AVC**:





**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**



Nome:

Data:



Momento do dia / Dias de Semana	MANHÃ	TARDE	NOITE
<b>SEGUNDA-FEIRA</b>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mãos e Braços: Mãos e Braços (com duas garrafas de água pequenas): Levantar e baixar os braços (5 repetições- 2x), abrir e fechar os braços (5 repetições- 2x).</li> </ul> <p><b>APÓS LEVANTE</b> (na bancada da cozinha com as 2 mãos apoiadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar os joelhos (5 repetições – 2x);</li> <li>- Inclinar anca para a frente e para trás (5 repetições – 2x);</li> <li>- Agachamentos (5 repetições- 2x).</li> </ul>	<p><b>Em frente ao espelho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fechar os olhos com força (5 repetições);</li> <li>- Sorrir (5 repetições);</li> <li>- Assobiar (5 repetições).</li> </ul> <p><b>Atividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apanhar os botões e colocar na taça.</li> </ul>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rolamento para o lado esquerdo e direito;</li> <li>- Ponte (5 repetições – 2x);</li> </ul>
<b>TERÇA-FEIRA</b>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oscilação da anca (5 repetições- 2x);</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantar e fletir o joelho (5 repetições- 2x em cada lado);</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir e fechar as pernas com os joelhos fletidos (5 repetições – 2 x).</li> </ul>  <p><b>APÓS LEVANTE</b> (sentada numa cadeira):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodar o pé (5 repetições – 2 x);</li> <li>- Fletir e esticar o joelho (5 repetições – 2 x);</li> <li>- Cruzar a perna e dobrar o pé para baixo e para cima (5 repetições – 2 x, em cada lado).</li> </ul> 	<p><b>Em frente ao espelho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encher a boca com ar (5 repetições);</li> <li>- Abrir e fechar a boca (5 repetições);</li> <li>- Movimentos da língua (5 repetições).</li> </ul> <p><b>Atividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apanhar feijões com mola.</li> </ul>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponte com livro entre os joelhos (5 repetições – 2x);</li> <li>- Exercícios de Kegel:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contrair os músculos perivaginais e o esfíncter anal (como quando se tenta controlar a micção e a defecação; não contrair os músculos do abdômen, nádegas e face interna das coxas);</li> <li>▪ Contrair enquanto se conta até 10 e depois relaxar- 10 repetições.</li> </ul> </li> </ul>





**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**



**Nome:**

**Data:**






<p><b>QUARTA-FEIRA</b></p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Mãos e Braços (com duas garrafas de água pequenas): Levantar e baixar os braços (5 repetições- 2x), abrir e fechar os braços (5 repetições- 2x).  <b>APÓS LEVANTE</b> (na bancada da cozinha com as 2 mãos apoiadas):                  - Elevar os joelhos (5 repetições – 2x);                  - Inclinar anca para a frente e para trás (5 repetições – 2x);                  - Agachamentos (5 repetições- 2x).</p>	<p><b>Em frente ao espelho:</b>                  - Fechar os olhos com força (5 repetições);                  - Sorrir (5 repetições);                  - Assobiar (5 repetições).   <b>Atividade:</b>                  - Colocar ténis em cima da mesa e atar os atacadores.</p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Rolamento para o lado esquerdo e direito;                  - Ponte (5 repetições – 2x);</p>
<p><b>QUINTA-FEIRA</b></p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Oscilação da anca (5 repetições- 2x);                      - Levantar e fletir o joelho (5 repetições- 2x em cada lado);                  - Abrir e fechar as pernas com os joelhos fletidos (5 repetições – 2 x).    <b>APÓS LEVANTE</b> (sentada numa cadeira):                  - Rodar o pé (5 repetições – 2 x);                  - Fletir e esticar o joelho (5 repetições – 2 x);                  - Cruzar a perna e dobrar o pé para baixo e para cima (5 repetições – 2 x, em cada lado).  </p>	<p><b>Em frente ao espelho:</b>                  - Encher a boca com ar (5 repetições);                  - Abrir e fechar a boca (5 repetições);                  - Movimentos da língua (5 repetições).   <b>Atividade:</b>                  - Desenho/pintura.</p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Ponte com livro entre os joelhos (5 repetições – 2x);                  - Exercícios de Kegel:  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contrair os músculos perivaginais e o esfíncter anal (como quando se tenta controlar a micção e a defecação; não contrair os músculos do abdómen, nádegas e face interna das coxas);</li> <li>▪ Contrair enquanto se conta até 10 e depois relaxar- 10 repetições.</li> </ul> </p>
<p><b>SEXTA-FEIRA</b></p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Mãos e Braços: Mãos e Braços (com duas garrafas de água pequenas): Levantar e baixar os braços (5</p>	<p><b>Em frente ao espelho:</b>                  - Fechar os olhos com força (5 repetições);                  - Sorrir (5 repetições);</p>	<p><b>CAMA:</b>                  - Rolamento para o lado esquerdo e direito;                  - Ponte (5 repetições – 2x);</p>

**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**

Nome:

Data:



	repetições- 2x), abrir e fechar os braços (5 repetições- 2x).  <b>APÓS LEVANTE</b> (na bancada da cozinha): - Elevar os joelhos (5 repetições – 2x); - Inclinar anca para a frente e para trás (5 repetições – 2x); - Agachamentos (5 repetições- 2x).	- Assobiar (5 repetições).  <b>Atividade:</b> - Desafio Semanal.	
<b>SÁBADO</b>	<b>CAMA:</b> - Oscilação da anca (5 repetições- 2x);  -Levantar e fletir o joelho (5 repetições- 2x em cada lado);  - Abrir e fechar as pernas com os joelhos fletidos (5 repetições – 2 x). <b>APÓS LEVANTE</b> (sentada numa cadeira): - Rodar o pé (5 repetições – 2 x); - Fletir e esticar o joelho (5 repetições – 2 x); - Cruzar a perna e dobrar o pé para baixo e para cima (5 repetições – 2 x, em cada lado). 	<b>Em frente ao espelho:</b> - Encher a boca com ar (5 repetições); - Abrir e fechar a boca (5 repetições); - Movimentos da língua (5 repetições).  <b>Atividade:</b> - Apanhar feijões com mola.	<b>CAMA:</b> - Ponte com livro entre os joelhos (5 repetições – 2x); - Exercícios de Kegel: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contrair os músculos perivaginais e o esfíncter anal (como quando se tenta controlar a micção e a defecação; não contrair os músculos do abdómen, nádegas e face interna das coxas);</li> <li>▪ Contrair enquanto se conta até 10 e depois relaxar- 10 repetições.</li> </ul>
<b>DOMINGO</b>	<b>DIA DE DESCANSO</b>		







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

Para a pessoa submetida a **Artroplastia Total da Anca:**

**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**

Nome:






Data:

Momento do dia / Dias de Semana	MANHÃ	TARDE	NOITE
<b>SEGUNDA-FEIRA</b>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspirar pelo nariz e expirar pela boca (5 repetições);</li> <li>- Dobrar o pé em direção à cama e dobrar em direção ao joelho (1 pé de cada vez, 5 repetições – 3x de forma lenta);</li> <li>-Dobrar o joelho e esticar (1 perna de cada vez, 5 repetições- 2x de forma lenta);</li> <li>- Ponte (5 repetições – 3x);</li> </ul> <p><b>APÓS LEVANTE</b> (na cadeira com o andarilho em frente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dobrar e esticar o joelho até chegar à barra do andarilho, 5 repetições- 3x);</li> <li>- Levantar e sentar (5 repetições – 3x).</li> </ul> 	<p><b>CADEIRA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mãos e Braços com duas garrafas de água pequenas: Levantar e baixar os braços (10 repetições- 3x), abrir e fechar os braços (10 repetições- 3x).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 min de pedaleira, de forma lenta.</li> </ul>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionar-se para o lado esquerdo com uma almofada entre as duas pernas, tentar levantar a perna direita (5 repetições- 3x).</li> </ul> 
<b>Pensamento do dia:</b> O que custa é começar!			
<b>TERÇA-FEIRA</b>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspirar pelo nariz e expirar pela boca (5 repetições);</li> <li>- Abrir e fechar 1 perna de cada vez (5 repetições- 3x);</li> <li>- Ponte e aguentar 5 segundos com as nádegas a contrair quando a anca está elevada;</li> <li>- Com uma manta/toalha em rolo por baixo do joelho direito, fazer força contra a mesma (contar até 5 e depois relaxar) - 5 repetições-3 x.</li> </ul> <p><b>APÓS LEVANTE</b> (em posição de pé com o apoio do andarilho):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ir ao hall da entrada, em que a cada passo levanta os joelhos (pose de modelo e como se estivesse a marchar);</li> </ul> 	<p><b>CADEIRA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com a bola entre os dois joelhos, esticar e dobrar as pernas (5 repetições- 3x);</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 min de pedaleira, de forma lenta.</li> </ul> 	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponte com a perna direita esticada e a perna esquerda dobrada (5 repetições – 3x);</li> <li>- Levantar a perna esticada e voltar a colocar na cama (1 perna de cada vez- 5 repetições-3x).</li> </ul>  

### PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES

Nome:





Data:

	<p>- Ao chegar de novo ao quarto, antes de sentar na cadeira: - Abrir e fechar uma perna de cada vez (5 repetições-2 x);</p> <p>- Dobrar a perna para trás e esticar (5 repetições- 2x).</p> 		
<b>Pensamento do dia:</b> O grande objetivo é voltar a ser o mais independente possível, vamos trabalhar para isso!			
<b>QUARTA-FEIRA</b>	<p><b>CAMA:</b> - Inspirar pelo nariz e expirar pela boca (5 repetições); - Dobrar o pé em direção à cama e dobrar em direção ao joelho (1 pé de cada vez, 5 repetições – 3x de forma lenta); -Dobrar o joelho e esticar (1 perna de cada vez, 5 repetições- 2x de forma lenta); - Ponte (5 repetições – 3x);</p> <p><b>APÓS LEVANTE</b> (na cadeira com o andarilho em frente): - Dobrar e esticar o joelho até chegar à barra do andarilho, 5 repetições- 3x); - Levantar e sentar (5 repetições – 3x).</p> 	<p><b>CADEIRA:</b> - Mãos e Braços com duas garrafas de água pequenas: Levantar e baixar os braços (10 repetições- 3x), abrir e fechar os braços (10 repetições- 3x).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 min de pedaleira, de forma lenta.</li> </ul>	<p><b>CAMA:</b> - Posicionar-se para o lado esquerdo com uma almofada entre as duas pernas, tentar levantar a perna direita (5 repetições- 3x).</p> 
<b>Pensamento do dia:</b> Vamos a meio da semana, já consegui 3 dias repletos de exercícios, só faltam 3 dias para descansar!			
<b>QUINTA-FEIRA</b>	<p><b>CAMA:</b> - Inspirar pelo nariz e expirar pela boca (5 repetições); - Abrir e fechar 1 perna de cada vez (5 repetições- 3x); - Ponte e aguentar 5 segundos com as nádegas a contrair quando a anca está elevada; - Com uma manta/toalha em rolo por baixo do joelho direito, fazer força contra a mesma (contar até 5 e depois relaxar) - 5 repetições-3 x.</p>	<p><b>CADEIRA:</b> - Com a bola entre os dois joelhos, esticar e dobrar as pernas (5 repetições- 3x);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 min de pedaleira, de forma lenta.</li> </ul> 	<p><b>CAMA:</b> - Ponte com a perna direita esticada e a perna esquerda dobrada (5 repetições – 3x);</p> 

**PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES**

**Nome:**





**Data:**

	<p><b>APÓS LEVANTE</b> (em posição de pé com o apoio do andarilho):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ir ao hall da entrada, em que a cada passo levanta os joelhos (pose de modelo e como se estivesse a marchar);</li> <li>- Ao chegar de novo ao quarto, antes de sentar na cadeira:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir e fechar uma perna de cada vez (5 repetições-2 x);</li> <li>- Dobrar a perna para trás e esticar (5 repetições- 2x).</li> </ul> </li> </ul> 		<p>- Levantar a perna esticada e voltar a colocar na cama (1 perna de cada vez- 5 repetições-3x).</p> 
<p><b>Pensamento do dia:</b> Quer voltar a fazer as suas deliciosas sopas? Então não vamos desistir! (Faça as pausas que forem necessárias)</p>			
<p><b>SEXTA-FEIRA</b></p>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspirar pelo nariz e expirar pela boca (5 repetições);</li> <li>- Dobrar o pé em direção à cama e dobrar em direção ao joelho (1 pé de cada vez, 5 repetições – 3x de forma lenta);</li> <li>-Dobrar o joelho e esticar (1 perna de cada vez, 5 repetições- 2x de forma lenta);</li> <li>- Ponte (5 repetições – 3x);</li> </ul> <p><b>APÓS LEVANTE</b> (na cadeira com o andarilho em frente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dobrar e esticar o joelho até chegar à barra do andarilho, 5 repetições- 3x);</li> <li>- Levantar e sentar (5 repetições – 3x).</li> </ul> 	<p><b>CADEIRA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mãos e Braços com duas garrafas de água pequenas: Levantar e baixar os braços (10 repetições- 3x), abrir e fechar os braços (10 repetições- 3x).</li> <li>• 5 min de pedaleira, de forma lenta.</li> </ul>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionar-se para o lado esquerdo com uma almofada entre as duas pernas, tentar levantar a perna direita (5 repetições- 3x).</li> </ul> 
<p><b>Pensamento do dia:</b> Que excelente forma de terminar a semana, tudo isto faz parte do processo de se readaptar, aos poucos vamos conseguir!</p>			

### PLANO DE EXERCÍCIOS E ATIVIDADES

Nome:

Data:

<b>SÁBADO</b>	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspirar pelo nariz e expirar pela boca (5 repetições);</li> <li>- Abrir e fechar 1 perna de cada vez (5 repetições- 3x);</li> <li>- Ponte e aguentar 5 segundos com as nádegas a contrair quando a anca está elevada;</li> <li>- Com uma manta/toalha em rolo por baixo do joelho direito, fazer força contra a mesma (contar até 5 e depois relaxar) - 5 repetições-3 x.</li> </ul> <p><b>APÓS LEVANTE</b> (em posição de pé com o apoio do andarilho):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ir ao hall da entrada, em que a cada passo levanta os joelhos (pose de modelo e como se estivesse a marchar);</li> <li>- Ao chegar de novo ao quarto, antes de sentar na cadeira:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir e fechar uma perna de cada vez (5 repetições-2 x);</li> <li>- Dobrar a perna para trás e esticar (5 repetições- 2x).</li> </ul> </li> </ul> 	<p><b>CADEIRA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com a bola entre os dois joelhos, esticar e dobrar as pernas (5 repetições- 3x);</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 min de pedaleira, de forma lenta.</li> </ul> 	<p><b>CAMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ponte com a perna direita esticada e a perna esquerda dobrada (5 repetições - 3x);</li> <li>- Levantar a perna esticada e voltar a colocar na cama (1 perna de cada vez- 5 repetições-3x).</li> </ul>  
	<p><b>Pensamento do dia:</b> Uma semana intensa de desafios passou, já viu os exercícios que conseguiu realizar esta semana!</p>		
<b>DOMINGO</b>	<b>DIA DE DESCANSO</b>		
<p><b>ATENÇÃO!</b></p> <p><b>Em cada um dos exercícios não esquecer de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspirar pelo nariz (quando faz o esforço) e expirar pela boca (quando relaxa);</li> <li>- Não fletir a perna direita a mais de 90°;</li> <li>- Levantar sempre os calcanhares para não arrastar na cama ou no chão;</li> <li>- Não cruzar uma perna em cima da outra.</li> </ul>			

**Fontes:** Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). *Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético*. Em *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas*. Lidel (Ed.).281-328.

**Apêndice XXI |**

Diário de Registos de Fim de Semana do Centro de Reabilitação

1ª Versão

# DIÁRIO DE REGISTOS

**ESSATLA**  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

## FIM DE SEMANA

Nome da pessoa alvo de cuidados: \_\_\_\_\_

Período de fim de semana: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Pessoa que preenche:  Pessoa alvo de cuidados  Cuidador  Outro: \_\_\_\_\_

### AUTOCUIDADO

ATIVIDADE	TEVE DIFICULDADES?	SE SIM, QUAL/QUAIS?
Alimentar-se	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Higiene pessoal (ex. Barba ou lavar os dentes)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Banho	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Vestir (parte de cima do corpo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Vestir (parte de baixo do corpo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Passar da cama/cadeira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Passar para a sanita	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Passar para banheira/chuveiro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Andar / Andar de cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Subir/descer escadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Aplicável	Dificuldade (s):

Realizado por:

\_\_\_\_\_

outubro 2025

Estudante Beatriz Novo

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

<p> <b>DOR</b></p> <p>Teve dor durante o fim de semana?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  → Se sim:                  → De 0 (sem dor) a 10 (pior dor que sentiu), qual o valor da sua dor? ____                  → Onde? _____                  → Aliviou com o quê? (ex. medicação) _____                  → Esta dor dificultou alguma atividade? Qual?                  _____</p>	<p> <b>PELE E POSICIONAMENTOS</b></p> <p><u>Integridade da pele:</u>  <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Vermelhidão <input type="checkbox"/> Ferida                  Local: _____  <u>Posicionamentos:</u> Teve dificuldade(s) a mudar a posição na cama?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  → Se sim, qual/quais?                  _____</p>									
<p> <b>SONO</b></p> <p>Qualidade do sono:  <input type="checkbox"/> Dormiu bem  <input type="checkbox"/> Acordou algumas vezes  <input type="checkbox"/> Teve dificuldade em adormecer  <input type="checkbox"/> Dormiu pouco                  → Se não dormiu bem, diga qual foi o motivo?                  _____</p>	<p> <b>ELIMINAÇÃO</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DISPOSITIVOS</th> <th>NÍVEL DE CONTROLO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urina</td> <td> <input type="checkbox"/> Algália  <input type="checkbox"/> Dispositivo urinário externo  <input type="checkbox"/> Fralda  <input type="checkbox"/> Não aplicável  <input type="checkbox"/> Supositório                 </td> <td> <input type="checkbox"/> Controlo total  <input type="checkbox"/> Perdas ocasionais  <input type="checkbox"/> Incontinência                 </td> </tr> <tr> <td>Fezes</td> <td> <input type="checkbox"/> Fralda  <input type="checkbox"/> Não aplicável                 </td> <td> <input type="checkbox"/> Controlo total  <input type="checkbox"/> Perdas ocasionais  <input type="checkbox"/> Incontinência                 </td> </tr> </tbody> </table> <p>Teve necessidade de algaliar ou realizar algum esvaziamento?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  → Se sim, teve dificuldade(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  Qual/Quais? _____</p>		DISPOSITIVOS	NÍVEL DE CONTROLO	Urina	<input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Dispositivo urinário externo <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Supositório	<input type="checkbox"/> Controlo total <input type="checkbox"/> Perdas ocasionais <input type="checkbox"/> Incontinência	Fezes	<input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Controlo total <input type="checkbox"/> Perdas ocasionais <input type="checkbox"/> Incontinência
	DISPOSITIVOS	NÍVEL DE CONTROLO								
Urina	<input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Dispositivo urinário externo <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Supositório	<input type="checkbox"/> Controlo total <input type="checkbox"/> Perdas ocasionais <input type="checkbox"/> Incontinência								
Fezes	<input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Controlo total <input type="checkbox"/> Perdas ocasionais <input type="checkbox"/> Incontinência								
<p> <b>COMUNICAÇÃO</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FUNÇÃO</th> <th>OBSERVAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Compreensão</td> <td> <input type="checkbox"/> Clara  <input type="checkbox"/> Dificuldade ocasional  <input type="checkbox"/> Precisa de repetição                 </td> </tr> <tr> <td>Expressão</td> <td> <input type="checkbox"/> Clara  <input type="checkbox"/> Dificuldade em comunicar                 </td> </tr> <tr> <td>Memória</td> <td> <input type="checkbox"/> Sem alterações  <input type="checkbox"/> Leves esquecimentos  <input type="checkbox"/> Esquecimentos frequentes                 </td> </tr> </tbody> </table>	FUNÇÃO	OBSERVAÇÃO	Compreensão	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Dificuldade ocasional <input type="checkbox"/> Precisa de repetição	Expressão	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Dificuldade em comunicar	Memória	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Leves esquecimentos <input type="checkbox"/> Esquecimentos frequentes	<p> <b>PRODUTOS DE APOIO</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas  <input type="checkbox"/> Andarilho  <input type="checkbox"/> Canadianas  <input type="checkbox"/> Cadeira Higiénica  <input type="checkbox"/> Tábua de transferências  <input type="checkbox"/> Talas / ortóteses  <input type="checkbox"/> Outros: _____                  Dificuldades em utilizar os produtos?  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não                  Se sim, refira quais?                  _____                  _____                  _____             </p>	
FUNÇÃO	OBSERVAÇÃO									
Compreensão	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Dificuldade ocasional <input type="checkbox"/> Precisa de repetição									
Expressão	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Dificuldade em comunicar									
Memória	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Leves esquecimentos <input type="checkbox"/> Esquecimentos frequentes									
<p> <b>COMO SE SENTIU?</b></p> <p>Como se sentiu com a ida a casa?  <input type="checkbox"/> Muito bem  <input type="checkbox"/> Bem  <input type="checkbox"/> Ansioso(a)  <input type="checkbox"/> Cansado(a)  <input type="checkbox"/> Outro: _____                  Refira o porquê de se ter sentido assim?                  _____                  _____</p>										
<p><b>DÚVIDAS/OCORRÊNCIAS:</b> _____                  _____</p>										

2ª Versão

# DIÁRIO DE REGISTOS

## FIM DE SEMANA

**ESSATLA**

Escola Superior de Saúde  
Atlântica

Nome da pessoa alvo de cuidados: \_\_\_\_\_

Período de fim de semana: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Pessoa que preenche:  Pessoa alvo de cuidados  Cuidador  Outro: \_\_\_\_\_

### AUTOCIDADO

ATIVIDADE	TEVE DIFICULDADES?	SE SIM, QUAL/QUAIS?
Alimentar-se	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Higiene pessoal (ex. Barba ou lavar os dentes)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Banho	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Vestir (parte de cima do corpo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Vestir (parte de baixo do corpo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Passar da cama/cadeira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Passar para a sanita	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Passar para banheira/chuveiro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Andar / Andar de cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade (s):
Subir/descer escadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Aplicável	Dificuldade (s):








Realizado por:

\_\_\_\_\_

outubro 2025

Estudante Beatriz Novo

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

<p> <b>DOR</b></p> <p>Teve dor durante o fim de semana?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  → Se sim:                  → Motivo: _____                  → De 0 (sem dor) a 10 (pior dor que sentiu), qual o valor da sua dor? ____                  → Onde? _____                  → Aliviou com o quê? (ex. medicação) _____                  → Esta dor dificultou alguma atividade? Qual? _____</p>	<p> <b>PELE E POSICIONAMENTOS</b></p> <p><u>Integridade da pele:</u>  <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Vermelhidão <input type="checkbox"/> Ferida                  Local: _____  <u>Posicionamentos:</u> Teve dificuldade(s) a mudar a posição na cama?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  → Se sim, qual/quais? _____</p>								
<p> <b>SONO</b></p> <p>Qualidade do sono:  <input type="checkbox"/> Dormiu bem  <input type="checkbox"/> Acordou algumas vezes  <input type="checkbox"/> Teve dificuldade em adormecer  <input type="checkbox"/> Dormiu pouco                  → Se não dormiu bem, diga qual foi o motivo?                  _____</p>	<p> <b>ELIMINAÇÃO</b></p> <p><b>URINA</b>                  Precistou de utilizar algum dispositivo?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  → Se sim, qual:  <input type="checkbox"/> Algália  <input type="checkbox"/> Dispositivo urinário externo  <input type="checkbox"/> Fralda                  Teve necessidade de algaliar ou realizar algum esvaziamento?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  → Se sim, teve dificuldade(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  Qual/Quais? _____</p> <p><b>FEZES</b>                  Evacuuou durante o fim de semana?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  Necessitou de utilizar algum supositório?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>								
<p> <b>COMUNICAÇÃO</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FUNÇÃO</th> <th>OBSERVAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Compreensão</td> <td> <input type="checkbox"/> Clara  <input type="checkbox"/> Dificuldade ocasional  <input type="checkbox"/> Precisa de repetição                 </td> </tr> <tr> <td>Expressão</td> <td> <input type="checkbox"/> Clara  <input type="checkbox"/> Dificuldade em comunicar                      → Especifique: _____                 </td> </tr> <tr> <td>Memória</td> <td> <input type="checkbox"/> Sem alterações  <input type="checkbox"/> Leves esquecimentos  <input type="checkbox"/> Esquecimentos frequentes                 </td> </tr> </tbody> </table>	FUNÇÃO	OBSERVAÇÃO	Compreensão	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Dificuldade ocasional <input type="checkbox"/> Precisa de repetição	Expressão	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Dificuldade em comunicar → Especifique: _____	Memória	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Leves esquecimentos <input type="checkbox"/> Esquecimentos frequentes	<p> <b>PRODUTOS DE APOIO</b></p> <p>Usou algum produto de apoio?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  → Se sim, qual?  <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas  <input type="checkbox"/> Andarilho  <input type="checkbox"/> Canadianas  <input type="checkbox"/> Cadeira Higiénica  <input type="checkbox"/> Tábua de transferências  <input type="checkbox"/> Talas / ortóteses  <input type="checkbox"/> Outros: _____                  Dificuldades em utilizar os produtos?  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não                  Se sim, refira quais?                  _____</p>
FUNÇÃO	OBSERVAÇÃO								
Compreensão	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Dificuldade ocasional <input type="checkbox"/> Precisa de repetição								
Expressão	<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Dificuldade em comunicar → Especifique: _____								
Memória	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Leves esquecimentos <input type="checkbox"/> Esquecimentos frequentes								
<p> <b>COMO SE SENTIU?</b></p> <p>Como se sentiu com a ida a casa?  <input type="checkbox"/> Muito bem  <input type="checkbox"/> Bem  <input type="checkbox"/> Ansioso(a)  <input type="checkbox"/> Cansado(a)  <input type="checkbox"/> Outro: _____                  Refira o porquê de se ter sentido assim?                  _____</p>									
<p><b>DÚVIDAS/OCORRÊNCIAS:</b> _____                  _____</p>									



**Apêndice XXII |**

**Tabuleiro de Estimulação Multissensorial para a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**



Durante o decorrer do Estágio na UCC, foi desenvolvido um tabuleiro de estimulação multissensorial dirigido à pessoa com AVC, com o objetivo de potenciar a propriocepção e a neuroplasticidade. Esta intervenção integrou diferentes estratégias de estimulação sensorial, recorrendo a múltiplas texturas e ao uso do espelho, o qual foi utilizado quer no treino de AVD, nomeadamente no autocuidado: arranjar-se (barbear-se), quer na realização de exercícios de fortalecimento da musculatura da mímica facial. Paralelamente, esta abordagem permitiu estimular a motricidade fina, promover a consciencialização corporal e facilitar a dissociação dos tempos respiratórios, incidindo sobre os focos do esquecimento unilateral, o défice sensorial e a ventilação. De forma concomitante, a intervenção contribuiu para a melhoria da função de deglutição, através do fortalecimento da musculatura facial (Araújo et al., 2021; OE, 2015).

**Apêndice XXIII |**

Jogo Terapêutico: “*ReHab Go* – O Desafio do *Restart* Pós-Acidente Vascular Cerebral”





✿ MANUAL DO JOGO TERAPÊUTICO ✿

**“REHAB GO – O DESAFIO DO RESTART PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL”**

**Introdução**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa, em Portugal, a principal causa de mortalidade e de incapacidade adquirida, originando alterações motoras, cognitivas e emocionais que comprometem significativamente a autonomia e o desempenho das atividades de vida diária (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025). Face a estes desafios, a reabilitação das pessoas com AVC apoia-se nos princípios da neuroplasticidade, definida como a capacidade do sistema nervoso central de reorganizar as suas ligações sinápticas em resposta a estímulos repetitivos, funcionais e significativos (Lima, 2024). A estimulação cognitiva desempenha um papel central neste processo, uma vez que a ativação de redes neuronais associadas à atenção, memória, linguagem e funções executivas potencia a reorganização adaptativa do cérebro após lesão (Araújo et al., 2021). O treino orientado por tarefa (TOT), ao integrar simultaneamente componentes motoras e cognitivas, cria um ambiente terapêutico neuroestimulante que favorece a reeducação e a readaptação funcional, respondendo às atuais recomendações internacionais para a reabilitação pós-AVC (Costa, 2019).

O jogo terapêutico *ReHab Go – O Desafio do ReStart pós-AVC* (Apêndice I) surge como um instrumento inovador que operacionaliza estes princípios, utilizando a gamificação como estratégia terapêutica avançada. O jogo está alinhado com o paradigma dos cuidados centrados na pessoa, tal como preconizado pela *Registered Nurses Association of Ontario* (2015) e pelo Regulamento n.º 392/2019, enfatizando a personalização dos cuidados, a promoção da autonomia e o empoderamento da pessoa e da família no processo de tomada de decisão. A prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume aqui uma responsabilidade preponderante, com competência científica e autónoma na prescrição de intervenções individualizadas, baseadas em evidência e orientadas para ganhos em funcionalidade. Assim, o *ReHab Go* constitui mais do que um recurso lúdico: é um instrumento estruturado que integra movimento, cognição e Atividades de Vida Diária (AVD) para maximizar a

Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025

recuperação funcional, promover a reintegração social e contribuir para a melhoria na qualidade de vida da pessoa pós-AVC.

## 1. Objetivos

### a. Objetivo Geral

- Promover a reeducação e a readaptação funcional da pessoa pós-AVC através da aplicação do jogo terapêutico *ReHab Go*.

### b. Objetivos Específicos

- Incentivar a estimulação cognitiva através de tarefas motoras e cognitivas estruturadas, promovendo a ativação de mecanismos de neuroplasticidade e a reeducação funcional, com base no modelo do treino orientado por tarefa.
- Maximizar o controlo motor, a coordenação, o equilíbrio e a motricidade fina, por meio de exercícios repetitivos e significativos que favoreçam a integração sensório-motora e a transferência das capacidades adquiridas para o seu quotidiano.
- Fomentar a autonomia e a readaptação funcional nas AVD, reforçando a capacidade da pessoa para o autocuidado, a tomada de decisão e a participação ativa no seu processo de reabilitação.

## 2. População-Alvo

Este jogo destina-se a pessoas adultas e idosas em processo de reabilitação pós-AVC, com défice neurológico leve a moderado, que apresentem potencial para melhorar a capacidade motora, cognitiva e funcional.

### a. Critérios de Inclusão e Exclusão

#### Critérios de Inclusão

- Diagnóstico confirmado de AVC (isquémico ou hemorrágico), em fase subaguda ou crónica.
- Déficit motor ou cognitivo leve a moderado, com potencial de reabilitação.
- Capacidade de seguir instruções simples (com ou sem ajuda verbal).
- Score total do *Mini Mental State Examination* (MMSE), com capacidade cognitiva de acordo com a escolaridade da pessoa.
- Capacidade de manter postura sentada ou ortostatismo com supervisão ou ajuda parcial.
- Motivação e disponibilidade para participar no processo de reabilitação.

Realizado por: [REDACTED]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025



A duração de cada sessão está estabelecida entre **20 e 30 minutos**, sendo ajustada de forma individualizada em função da tolerância ao esforço e do nível de motivação demonstrado pela pessoa em processo de reabilitação e das condições operacionais do serviço, nomeadamente no que respeita à disponibilidade de recursos humanos e ao espaço físico adequado à intervenção.

**d. Tipo de Exercício**

O jogo integra exercícios estruturados em três domínios fundamentais da reabilitação: **motor, cognitivo e atividades de vida diária (AVD)**. Esta abordagem multimodal potencia a integração funcional entre corpo e mente, promovendo a transferência das capacidades adquiridas para o contexto real.

**e. Volume**

Cada sessão compreende a realização de **10 a 20 casas** do jogo.

**f. Progressão**

A progressão é determinada pelo EEER, com base na avaliação sistemática da evolução funcional da pessoa. Poderá consistir no **aumento do número de casas jogadas**, na **introdução de tarefas de maior complexidade**, ou na **redução do apoio necessário à execução** (passando, por exemplo, de ajuda total para ajuda moderada ou supervisionada). Esta progressão gradual responde ao princípio da sobrecarga, essencial para promover a adaptação neuromuscular e cognitiva.

**4. Materiais Necessários**

Quanto ao material necessário à realização deste jogo será a caixa referente ao mesmo disponível no serviço, um cronómetro, cadeira/cadeira de rodas, a folha de registo da sessão e o questionário breve da satisfação da pessoa.

**5. Descrição da Geral do Jogo**

O jogo pode ser implementado em contexto individual ou a pares, permitindo a adaptação da dinâmica terapêutica à capacidade funcional, motivacional e à individualidade de cada pessoa. Cada participante dispõe de um marcador (pino) e progride no tabuleiro através do lançamento de um dado, avançando por 40 casas numeradas. O objetivo central consiste em alcançar a casa final com o maior nível de independência funcional na concretização das tarefas, refletindo a aquisição de capacidades e a evolução no processo de reabilitação.

Realizado por: [REDACTED]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025



Por forma a sintetizar o planeamento da sessão, apresentamos o seguinte fluxograma (figura 1):

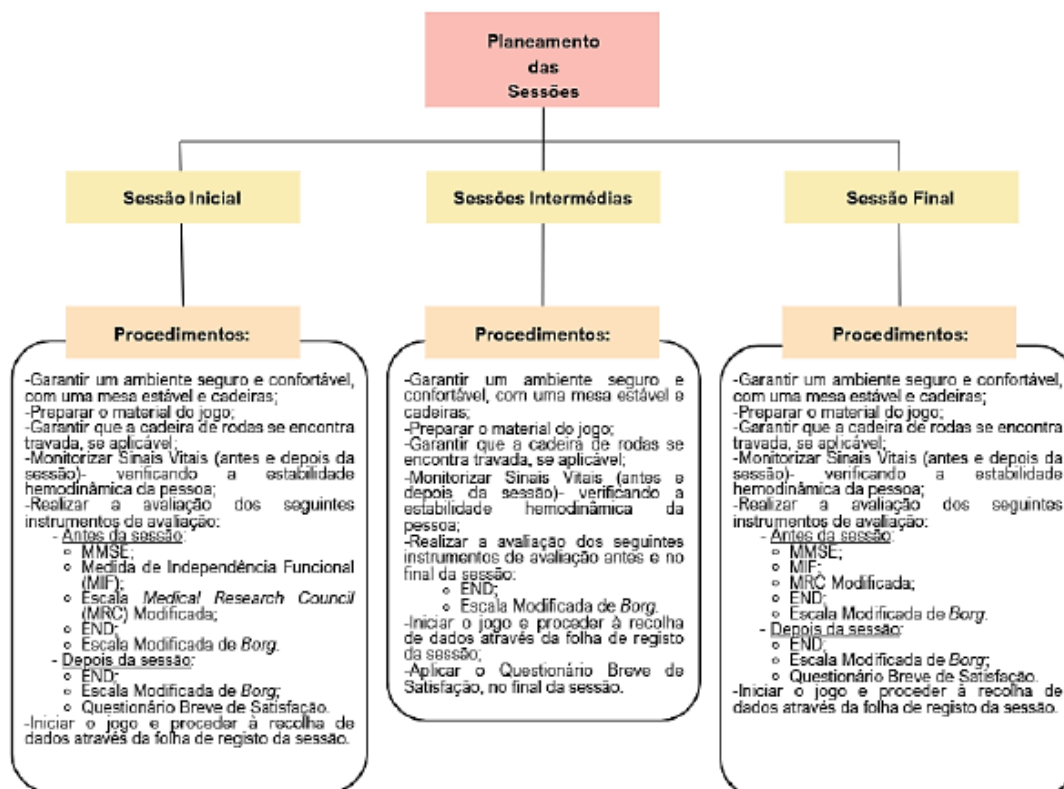


Figura 1. Fluxograma do Planeamento das Sessões.

## 7. Avaliação e Indicadores de Resultado

A avaliação (tabela 2) constitui um pilar essencial no processo de reabilitação, permitindo monitorizar os ganhos em saúde, a eficácia do jogo *ReHab Go* e a experiência vivida pela pessoa ao longo das sessões. A recolha sistemática de dados é efetuada pelo EEER (Apêndice II), com base em instrumentos validados e indicadores de resultado centrados na pessoa, articulando medidas objetivas e subjetivas, de forma a garantir uma abordagem individualizada.

Tabela 2. Avaliação e Indicadores do Jogo.

Parâmetro de Avaliação	Instrumento	Objetivo	Momento de Aplicação
Dor	END (Anexo I)	Quantificar a perceção de dor, ajustando a intervenção	Antes e depois de todas as sessões

Realizado por: [Redacted]  
 Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
 Outubro, 2025

<b>Intolerância à Atividade</b>	Escala Modificada de <i>Borg</i> (Anexo II)	Avaliar a intensidade subjetiva durante o exercício	Antes e depois de todas as sessões
<b>Capacidade Cognitiva</b>	MMSE (Anexo III)	Avaliar orientação, memória, linguagem e raciocínio	1.ª e última sessão
<b>Funcionalidade nas AVD</b>	MIF (Anexo IV)	Quantificar nível de dependência funcional	1.ª e última sessão
<b>Força muscular</b>	Escala MRC Modificada (Anexo V)	Avaliar a força dos grupos musculares afetados	1.ª e última sessão
<b>Desempenho no jogo</b>	Pontuação específica do jogo (n.º de casas, nível de ajuda nas tarefas)	Monitorizar evolução através do tabuleiro	Todas as sessões
<b>Experiência da pessoa na Sessão (<i>Patient-reported experience measures (PREM)</i>)</b>	Questionário breve de satisfação (Apêndice III)	Avaliar perceção, motivação e envolvimento na sessão	Após cada sessão
<b>Resultados reportados pela pessoa (<i>Patient-Reported Outcomes Measures (PROM)</i>)</b>	Autoavaliação do impacto ao nível cognitivo, da funcionalidade e do bem-estar	Avaliar o impacto percebido do jogo na readaptação funcional	Última sessão

(Benson, 2023)

#### a. Pontuação de Desempenho no Jogo

Cada tarefa realizada é pontuada de acordo com o nível de independência funcional, seguindo a as indicações da **tabela 3**:

**Tabela 3.** Pontuação de Desempenho de cada Tarefa.

<b>Pontuação</b>	<b>Descrição do Desempenho</b>	<b>Crítério Clínico</b>
0 pontos	Não realizou a tarefa	Incapacidade, recusa ou contraindicação
1 ponto	Realizou com ajuda total	Dependência completa
2 pontos	Realizou com ajuda moderada	Necessita de suporte físico ou verbal significativo
3 pontos	Realizou com ajuda mínima/supervisão	Capaz de executar a tarefa com indicações verbais ou correção pontual
4 pontos	Realizou de forma independente	Execução autónoma, segura e eficaz

Realizado por [REDACTED]  
 Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
 Outubro, 2025

### Cálculo da Pontuação Total

- A pontuação final da sessão resulta da soma das pontuações obtidas em cada casa jogada.
- A pontuação máxima possível depende do número de casas realizadas na sessão.
- Recomenda-se o cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG), expresso da seguinte forma:

$$IDG = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima possível}} \times 100$$

Este valor pode ser utilizado como indicador de evolução clínica, facilitando a comparação entre sessões e permitindo ajustar o plano de cuidados conforme a progressão ou estagnação do desempenho.

### Interpretação

- 0–25% → **Grau de dependência elevado** (necessidade de intervenção intensiva)
- 26–50% → **Grau de dependência moderado** (com necessidade de apoio e potencial para melhorar as capacidades)
- 51–75% → **Grau de dependência reduzido** (com necessidade de supervisão e indicações verbais)
- 76–100% → **Independente** (foco na consolidação de capacidades)

### 8. Documentação

Quanto à documentação desta atividade, a mesma deverá ser explanada num registo, referindo a realização do jogo terapêutico, no processo de enfermagem da pessoa alvo de cuidados. Posteriormente, deverá ser anexada a folha de registo da sessão, com os respetivos dados recolhidos durante a mesma.

### Conclusão

O jogo terapêutico *ReHab Go – O Desafio do ReStart* pós-AVC constitui uma ferramenta inovadora e clinicamente relevante para a Enfermagem de Reabilitação, traduzindo na prática os princípios do treino orientado por tarefa, da neuroplasticidade e da gamificação como estratégias promotoras

da recuperação funcional e cognitiva após AVC. Mais do que um recurso lúdico, este jogo representa um modelo terapêutico estruturado e orientado para objetivos reais de independência, autonomia e reintegração social, no qual o EEER assume uma responsabilidade crucial enquanto agente de mudança e facilitador da adaptação ao "novo eu". A sua intervenção, alicerçada nos pilares de cuidar, capacitar e maximizar, permite identificar as respostas humanas, implementar intervenções diferenciadas para a capacitação para a realização das AVD e monitorizar ganhos em saúde, promovendo a funcionalidade, a participação ativa da pessoa e o envolvimento dos cuidadores. Assim, o *ReHab Go* afirma-se como um instrumento baseado na evidência e alinhado com as *guidelines* nacionais e internacionais, potenciando o *empowerment* e a qualidade de vida, contribuindo para uma prática de enfermagem de reabilitação verdadeiramente centrada na pessoa.

### Referências Bibliográficas

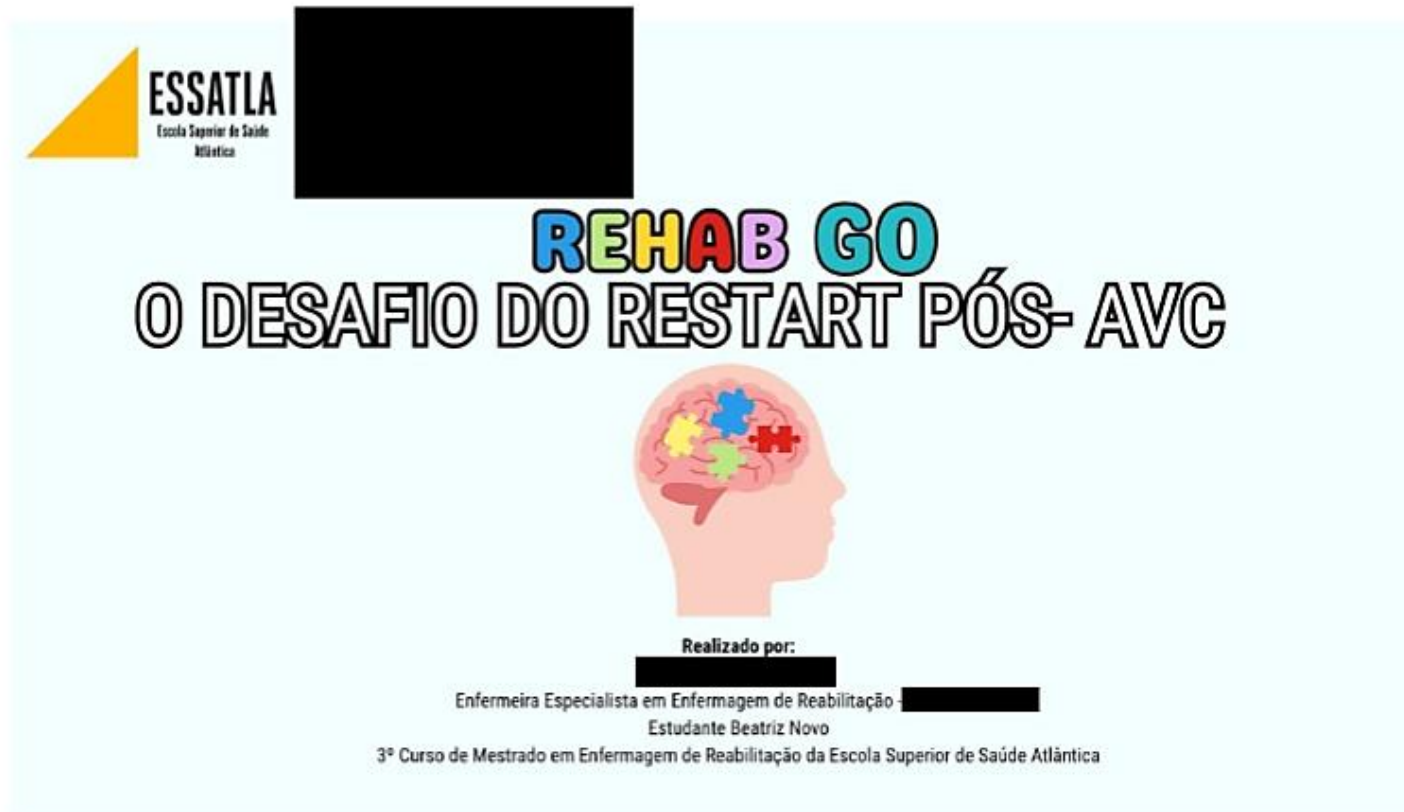
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). *Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso*. Em *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lidel (Ed.). 164-233.
- Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care. *BMJ Open Quality*. 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2023-002516>
- Lima, K. (2024). *Neuroplasticidade e Reabilitação- Estratégias Avançadas de Enfermagem para Maximização da Recuperação Funcional em Pacientes Pós-AVC*. [https://www.researchgate.net/publication/395767568\\_Neuroplasticidade\\_e\\_Reabilitacao\\_Estrategias\\_Avançadas\\_de\\_Enfermagem\\_para\\_Maximizacao\\_da\\_Recuperacao\\_Funcional\\_em\\_Pacientes\\_Pos-AVC](https://www.researchgate.net/publication/395767568_Neuroplasticidade_e_Reabilitacao_Estrategias_Avançadas_de_Enfermagem_para_Maximizacao_da_Recuperacao_Funcional_em_Pacientes_Pos-AVC)
- Registered Nurses Association of Ontario (2025). Person- and Family- Centred Care. <https://rno.ca/bpq/guidelines/person-and-family-centred-care>
- Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II (85)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Portugal Angels Nurse Task Force. (janeiro de 2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral*. [https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC\\_1Ed\\_Jan25\\_NTF-2.pdf](https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf)
- Costa, N. (2019). *Treino orientado para a tarefa em doentes com AVC: Um modelo de intervenção em reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/19563>

## APÊNDICES

Realizado por [REDACTED]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025

iii

Apêndice I | Jogo Terapêutico “ReHab Go- O Desafio do ReStart Pós- AVC”



Realizado por [redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025

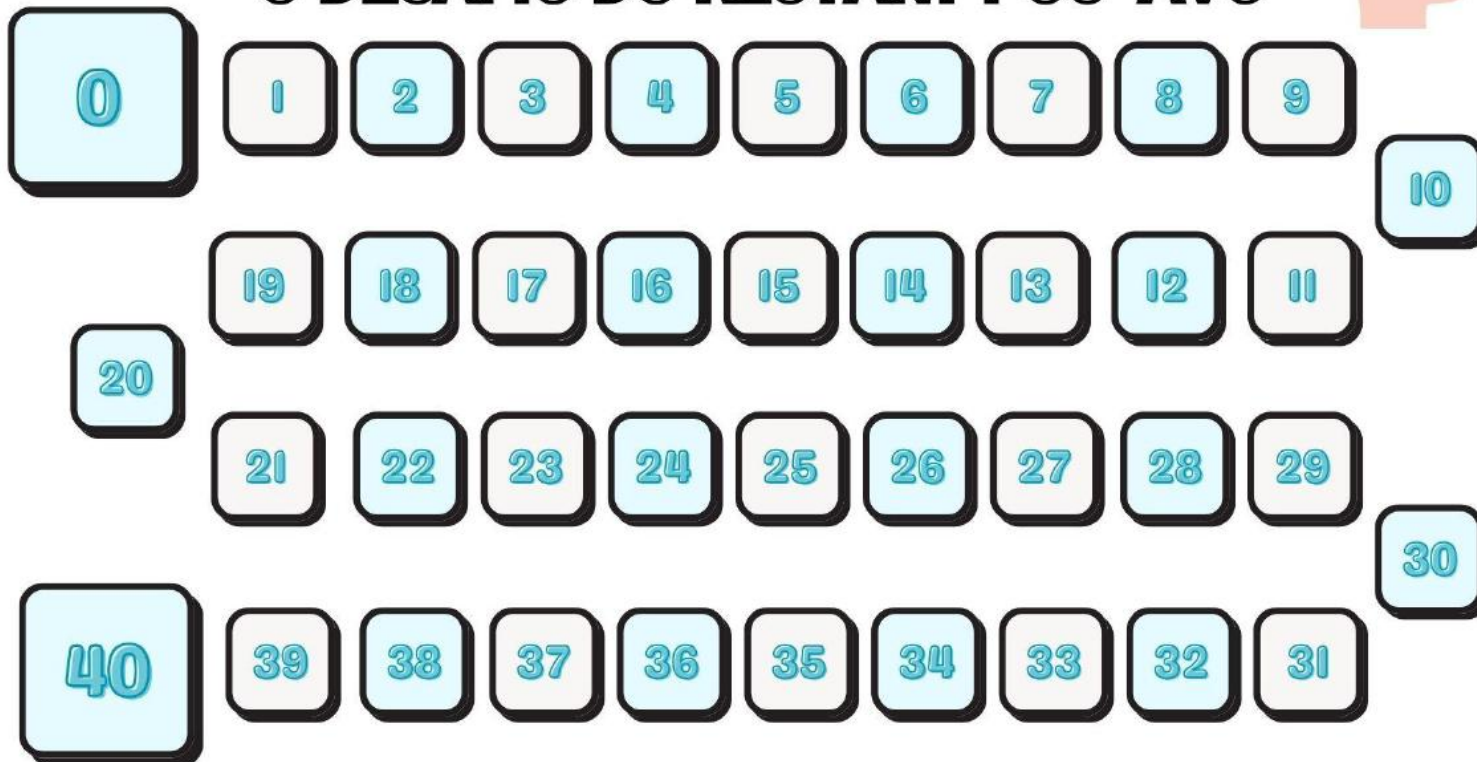
iv



# REHAB GO



## O DESAFIO DO RESTART PÓS-AVC



Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
v

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
cdxii

1 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



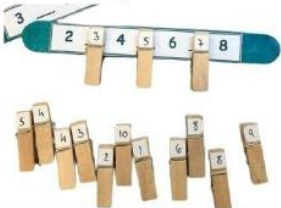
Construa uma palavra com as  
letras aplicadas nas molas.



2 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Utilize os números nas molas  
para completar as sequências  
nas espátulas.





3 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Com a ajuda da pinça, coloque os pompons dentro da taça com a cor correspondente.



4 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC

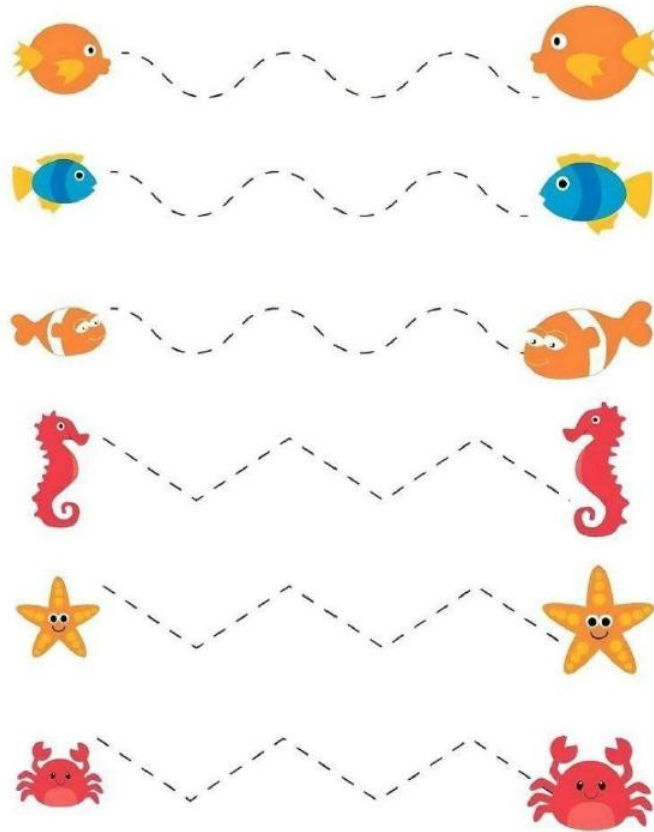


Com uma caneta, desene o percurso presente na imagem unindo as duas figuras.



Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025

viii



Realizado por [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
ix

5 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC




Nomeie os 3 objetos que se encontram nas imagens.



6 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC

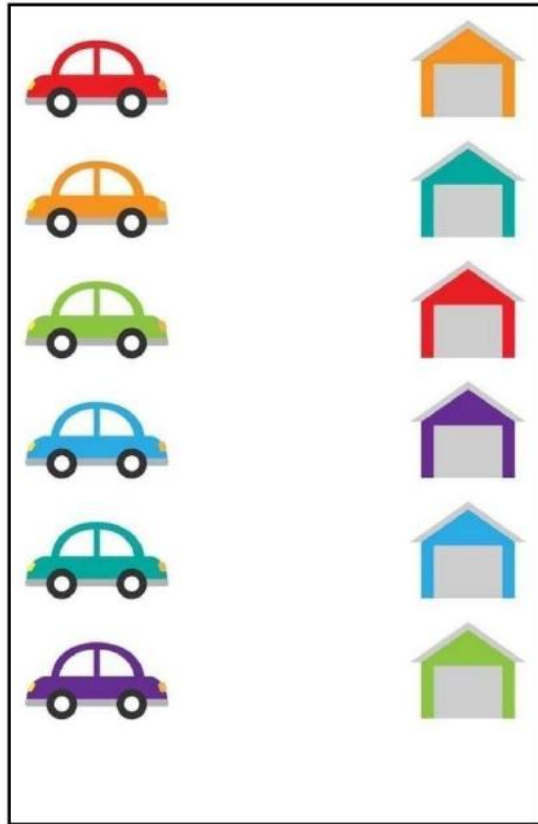


Com uma caneta, ligue o carro à garagem que apresenta a mesma cor.



Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025

x



Realizado por [REDACTED]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xi

7 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Imite as expressões faciais,  
presentes nas imagens, ao  
espelho.



8 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Diga o contrário das seguintes  
palavras:

- Alto
- Quente
- Rápido
- Claro





Realizado por [REDACTED]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025

xiii

9 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Escreva a frase:  
"O RATO ROEU A ROLHA."



10 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC




Repita a sequência de sons:  
PALMAS- ESTALAR OS DEDOS-  
BATER NA MESA



11 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Nomeie as partes do corpo das  
imagens, apontando para a sua  
localização.



Nariz Pé Cabeça

12 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Complete o provérbio:  
'Mais vale tarde \_\_\_'



13 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



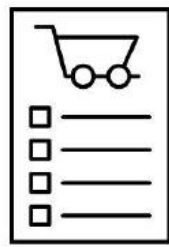
Diga a data do seu aniversário.



14 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Faça uma lista de compras,  
com 3 itens essenciais.



Realizado por [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025

xvi

15 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Repita as seguintes  
palavras:


Bola  
Dado  
Trator



16 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Encha bem os pulmões com ar e  
sopre a “língua da sogra”  
(5 repetições)



Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xvii

17 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC




Com as espátulas de madeira,  
copie as formas que se  
encontram nas imagens.

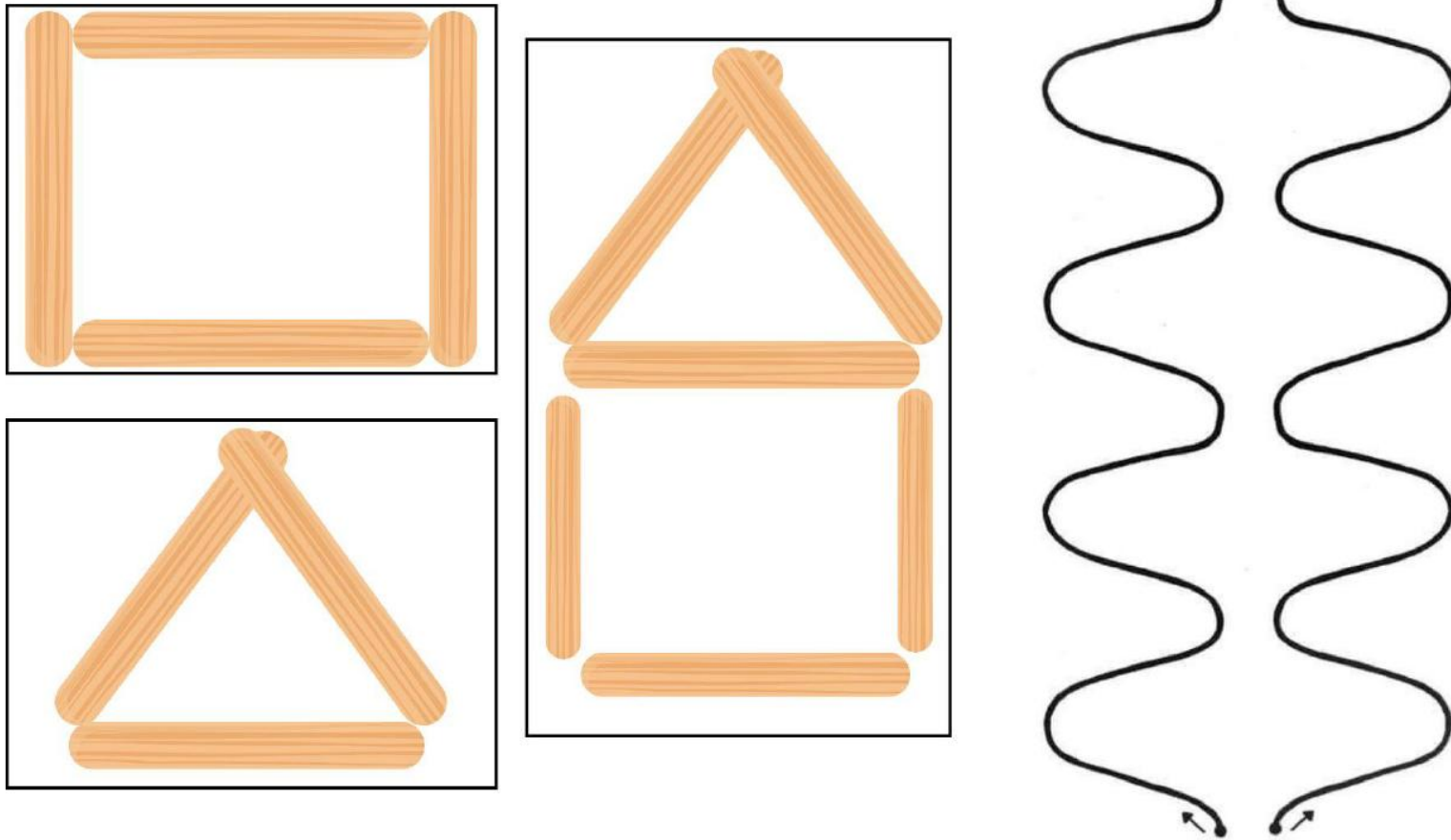


18 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



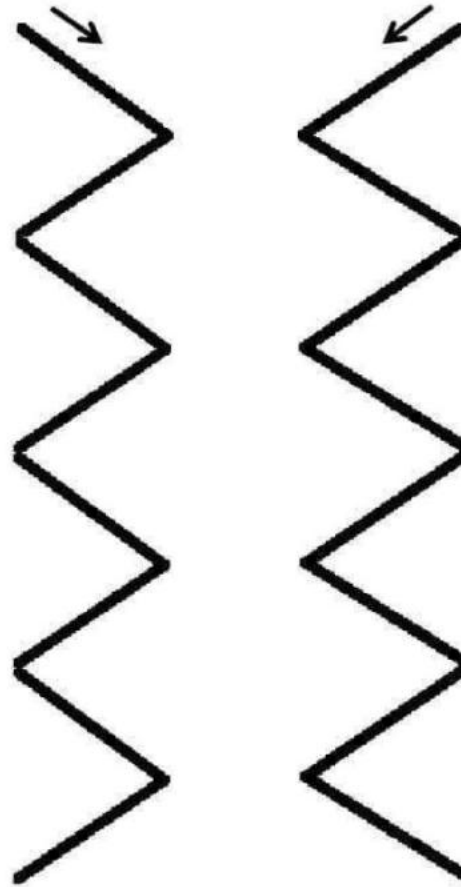
Com as mãos colocadas sobre  
as tampas das garrafas, realize  
o percurso das linhas.





Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xix

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
cdxxvi



Realizado por: [REDACTED]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025


xx

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
cdxxvii

19 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Leve o dedo indicador ao nariz  
(uma mão de cada vez, com ajuda  
do lado são, no lado afetado).



20 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Coloque 10 feijões dentro de um  
copo.





23 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC




Levantar e sentar na cadeira  
com apoio (5 repetições).



24 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Com dois copos à frente dos pés,  
deve passar cada uma das  
pernas por cima dos copos.




Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xxiii

25 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC




Dobre o pano em 4.



26 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Descalce o sapato e a meia do pé do lado afetado e volte a calçar.



27 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Role a bola com a mão do lado afetado, trazendo-a para junto de si.



28 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Realize 5 automobilizações dos braços.



Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xxv

29 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Aperte e relaxe a mão do lado afetado (5 repetições).



30 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Cruze as pernas: para o lado são e para o lado afetado (alternadamente).



Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xxvi

31 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Sentado/a na cadeira, tente chegar com as mãos aos pés.



32 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Atire a bola para o/a  
Enfermeiro/a ou para o/a  
Cuidador/a.



33 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Pescar 3 objetos que se encontram no chão.



34 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Aperte e desaperte 3 botões.



Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xxviii

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
cdxxxv

35 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Abrir e fechar o fecho.



36 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Conte até 10 de 2 em 2.



37 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



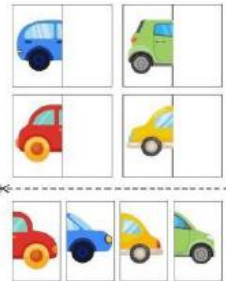
Abrir e fechar o velcro.

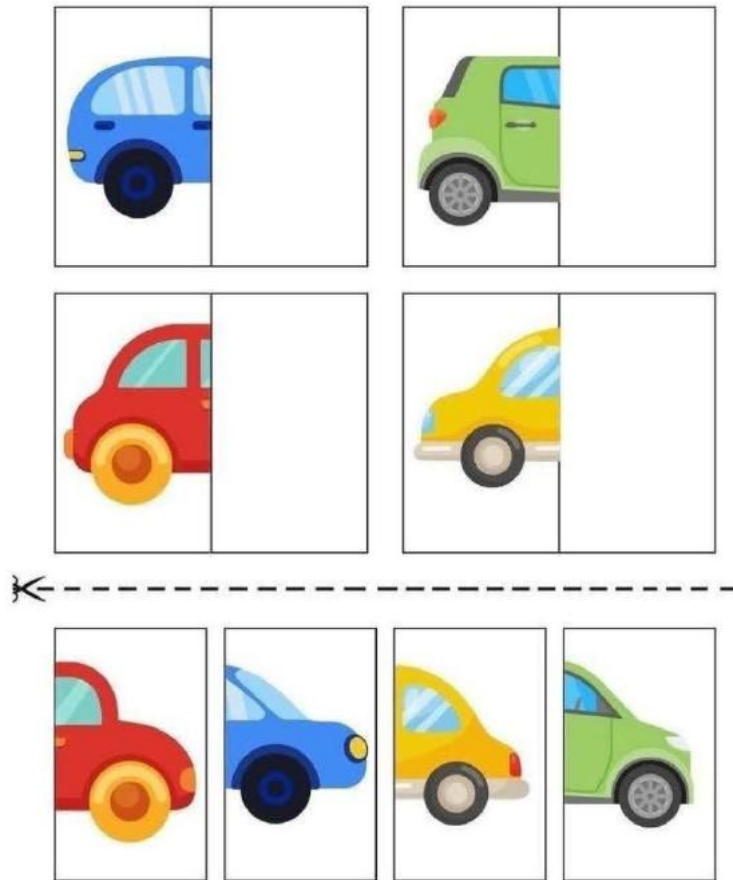


38 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Junte as partes correspondentes  
das imagens.





Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xxxii

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
cdxxxviii

39 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC




Diga o mês e o ano em que estamos.



40 **REHAB GO**  
O DESAFIO DO RESTART  
PÓS-AVC



Diga algo **positivo** acerca do seu processo de reabilitação (ex. referir uma conquista).



Apêndice II | Folha de Registo da Sessão

Data	Nº da Sessão	Duração da Sessão	Nº de Casas Jogadas	Domínio Predominante na Sessão (Cognitivo  Motor  AVD)	Instrumentos de Recolha de Dados						Pontuação de Desempenho no Jogo	Principais Dificuldades Apresentadas	Satisfação da Pessoa (Com recurso ao Apêndice IV)	Observações (ex. referir capacidades adquiridas ou intercorrências)
					Sinais Vitais	END (Todas as Sessões)	Borg Modificada (Todas as Sessões)	MMSE (Primeira e Última Sessão)	MIF (Primeira e Última Sessão)	MRC Modificada (Primeira e Última Sessão)				

Realizado por: [Redacted]  
 Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
 Outubro, 2025  
 xxxiii

Apêndice IV | Questionário Breve de Satisfação da Pessoa na Sessão



### Durante esta sessão o que sentiu?



Alegria



Tristeza



Raiva



Medo



Surpresa



Nojo

### Qual o seu grau de satisfação com esta sessão?

Nada Satisfeito

Indiferente

Satisfeito

Pouco Satisfeito

Muito Satisfeito

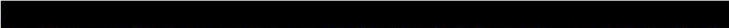
Realizado por:



Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

outubro, 2025

Realizado por:



Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica


Outubro, 2025

xxxiv

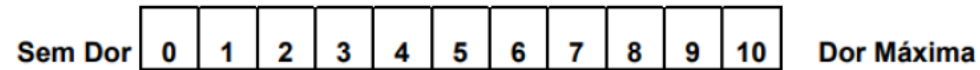
Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica

cdxli

**ANEXOS**

Realizado por   
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xxxv

**Anexo I** | Escala Numérica da Dor



**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Realizado por: [Redacted]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xxxvi

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
cdxlili

Anexo II | Escala Modificada de Borg

Escala da percepção do esforço de Borg		Equivalência aproximada da frequência cardíaca/minutos	Grau de intensidade do esforço (% da capacidade máximo possível)	Equivalência de uma escala de esforço na percepção de 0-10 pontos
6		60-80	10	0
7	Muito, muito leve	70-90		1
8		80-100	20	2
9	Muito leve	90-110		3
10		100-120	30	4
11	Leve	110-130		5
12		120-140	40	6
13	Um pouco intenso	130-150		7
14		140-160	50	8
15	intenso	150-170		9
16		160-180	70	10
17	Muito intenso	170-190		
18		180-200	80	
19	Muito, muito intenso	190-210		
20		200-220	90	
			100	

**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Realizado por: [Redacted]  
 Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
 Outubro, 2025  
 xxxvii

### Anexo III | Mini Mental State Examination

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_  
Em que cidade vive? \_\_\_\_  
Em que casa está agora? \_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, porque saber se as decorou."

Pêra \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta; se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
27\_24\_21\_18\_15

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar":

Pêra \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA."

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível:

"FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui." Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

FRASE: \_\_\_\_\_

#### 6. Habilidade Construtiva (1 ponto por cada cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dos dois quais entrecruzados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_

#### Escala de normalidade em função da escolaridade:

- Analfabetos:  $\geq 15$  pontos
- Entre 1 e 11 anos de escolaridade:  $\geq 22$  pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade:  $\geq 27$  pontos

**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (09 de dezembro 2019). *Norma nº 008/2019 de 09 de dezembro de 2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Realizado por: \_\_\_\_\_  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xxxviii

Anexo IV | Medida de Independência Funcional

NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)		SEM AJUDA				
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (individuo >=75%) 3 Ajuda moderada (individuo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (individuo >=25%) 1 Ajuda total (individuo <25%)		AJUDA				
		SEMANAS OU MESES DATA	ANTES	1M	4M	12M	
<b>AUTO-CUIDADOS</b>							
A. Alimentação							
B. Higiene pessoal							
C. Banho							
D. Vestir metade superior							
E. Vestir metade inferior							
F. Utilização da sanita							
<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>							
G. Bexiga							
H. Intestino							
<b>MOBILIDADE</b>							
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>							
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas							
J. Sanita							
K. Banheira, Duche							
<b>LOCOMOÇÃO</b>							
L. Marcha/Cadeira de Rodas		?	?	?	?	?	?
M. Escadas							
<b>COMUNICAÇÃO</b>							
N. Compreensão		:	:	:	:	:	:
O. Expressão		:	:	:	:	:	:
<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>							
P. Interação social							
Q. Resolução dos problemas							
R. Memória							
<b>TOTAL</b>							

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

Realizado por [Redacted]  
 Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
 Outubro, 2025  
 xxxix

**Anexo V** | Escala *Medical Research Council* Modificada

0	Sem contração (paralisia total)
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>

Realizado por: [REDACTED]  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica  
Outubro, 2025  
xi

Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
cdxlvii



**Apêndice XXIV |**

Questionário Breve à Pessoa Alvo de Cuidados após Realização de uma Sessão de *ReabGo*



### Durante esta sessão o que sentiu?



Alegria



Tristeza



Raiva



Medo



Surpresa



Nojo

### Qual o seu grau de satisfação com esta sessão?

Nada Satisfeito

Satisfeito

Indiferente

Pouco Satisfeito

Muito Satisfeito

Realizado por: Enfª [redacted] Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação - [redacted] e  
Estudante Beatriz Novo, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

outubro, 2025

**Apêndice XXV |**

Resumos de Estudo Autónomo- *Webinars* da Ordem dos Enfermeiros

"Síntese de conteúdos de Webinar's"

## Webinar: "Reabilitação Respiratória para EEER - Sessão 1"

### **1. Contexto e Importância da Enfermagem**

- O ano em que o *webinar* se realizou foi o Ano Internacional do Enfermeiro, com uma campanha internacional que destacou a necessidade urgente de investir na profissão de enfermagem como um pilar fundamental nos sistemas de saúde.
- O enfermeiro é o maior grupo profissional especializado e desenvolve a sua atividade em toda a cadeia de valor dos sistemas de saúde, sendo crucial para um sistema mais completo e sustentável.
- O trabalho dos enfermeiros tem um impacto fundamental na construção de políticas de saúde (institucionais, nacionais, regionais) e é importante tanto estratégica como operacionalmente.
- A pirâmide demográfica em Portugal está próxima de se encontrar invertida, o que realça a necessidade crescente de reabilitação.

### **2. A responsabilidade do EER na Reabilitação Respiratória**

- O EEER tem uma responsabilidade absolutamente fundamental e central na reabilitação respiratória.
- A equipa transdisciplinar deve estar integrada e trabalhar com os mesmos objetivos para e com a pessoa. Podem também integrar técnicos de cardiopneumologia, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, desde que habilitados em reabilitação respiratória.

### **3. Implementação da Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)**

- A Reabilitação Respiratória (RR) pode e deve ser implementada nos CSP por uma equipa transdisciplinar integrada e alinhada com as premissas da RR.
  - Seleção de Candidatos:
    - Pessoas com patologia respiratória, sintomatologia associada e repercussão nas AVD e qualidade de vida;
    - A evidência é maior para pessoas com DPOC, mas todas as pessoas com patologias respiratórias crónicas podem beneficiar (ex: cancro do pulmão, doenças neuromusculares com impacto respiratório);
    - Atividade física é sempre recomendada para pessoas com DPOC (de classes A e B devem praticar atividade física na comunidade; de classes C e D com sintomatologia podem integrar programas de RR nos CSP; pessoas com grande sintomatologia ou instabilidade podem necessitar de RR hospitalar).
- **Contraindicações:**
  - Não adesão previsível ao programa (por exemplo, devido a fatores que dificultam a participação prolongada e esquematizada), sendo que não impede a intervenção individualizada.
  - Patologias cardíacas em fase aguda e não controladas (ex: angina).
- **Avaliação Inicial (equipa transdisciplinar):**
  - História clínica da pessoa.



“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Cada unidade deve seguir as medidas definidas no plano de contingência.
- Avaliação das respostas humanas individuais.
- Reduzir o número de contactos presenciais ao mínimo indispensável.
- Manter cuidados multidisciplinares para conforto, mobilidade, funcionalidade.
- Situações consideradas "inadiáveis" para manter os cuidados presenciais: patologias respiratórias (pediátricas e adultas), pós-operatório de cirurgia torácica, alta pós-hospitalar com limitação funcional relevante, doenças neuromusculares com grande comprometimento funcional, patologia cardíaca e respiratória.
- Cuidados presenciais para pessoas em situação estável devem ser suprimidos.
- Proibição/Restrição de Técnicas Geradoras de Aerossóis (fase inicial):
  - Técnicas manuais ou mecânicas geradoras de tosse/produção de expetoração.
  - Dispositivos respiratórios que promovam tosse/produção de expetoração.
  - Mobilização ou tração que resulte em tosse/produção de expetoração.
  - Em caso de imprescindibilidade, realizar em quarto com pressão negativa, com mínimo de profissionais e EPI adequados.
- **Adaptação da Prática com o Avanço do Conhecimento:**
  - Estratificação em 4 grupos de risco para infeção (ex: suspeito, negativo, curado, candidato sem circuito COVID).
  - Estratificação dos procedimentos de RR de acordo com o risco de serem geradores de aerossóis.
  - Condutas relacionadas a EPIs, distanciamento físico, higiene das mãos.
  - RR hospitalar para casos graves com teste COVID negativo (circuito separado).
- **Cuidados Específicos e Recomendações:**
  - Utilização de ventilador/dispositivo não invasivo ou CPAP: Profissional altamente treinado na colocação/remoção do equipamento. Deve ser feito em ambiente de pressão negativa (se possível).
  - EPIs: Máscara FFP2 ou FFP3, óculos de proteção/viseira, bata impermeável e proteção de calçado.
  - Ambiente Domiciliário: O vírus SARS-CoV-2 permanece no ar por 3 horas em ambiente controlado, atenção a visitas no quarto. Criar circuitos seguros para profissionais e pessoas.
  - Distância: Manter 2 metros (profissional-pessoa) e 3 metros no treino de exercício (quando possível).
  - Evitar: Ventilação intensiva como complemento, técnica de toque manual.
  - Preferir: Ensino de técnicas sem contacto (ex: ciclo ativo da respiração, drenagem autogénica).
  - Medicação Broncodilatadora: Usar inalador com câmara expansora.

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Continuar Tratamentos: Manter por contacto à distância (telefónico, videochamada), valorizando a autonomia e literacia da pessoa.
- Visitas Domiciliárias:
  - Avaliar plano individual de intervenção com base nas respostas humanas da pessoa e família/prestadores de cuidados.
  - Intervenção presencial deve ser feita quando a relação de confiança permite definir um plano.
  - Disponibilizar material de leitura sobre medidas preventivas.
  - Capacitar a família sobre circuitos e riscos.
  - Reavaliar necessidade de intervenção presencial.
  - Ligar antes da visita para monitorizar sinais/sintomas da pessoa e familiares.
  - Ter material preparado para a intervenção.
  - Uso de EPIs, mesmo sem sintomas no domicílio.
  - Reduzir tempo de permanência ao mínimo indispensável.
  - Desinfetar o carro após visitas.
- Ventilação Não Invasiva (VNI) e Oxigenoterapia (OT) no Domicílio (Suspeitos/Confirmados COVID):
  - Manter medidas de isolamento respiratório.
  - Higienização do equipamento pelo cuidador familiar a 2 metros de distância.
  - Pessoas sob OT devem usar máscara cirúrgica por cima dos óculos nasais.
  - Óculos nasais descartáveis, desinfetante na tubuladura.
  - Remover interface após desligar equipamento.
  - Se a pessoas não tiver autonomia para VNI, deve ser feito por familiar/prestador de cuidados devidamente protegido.
  - VNI em modo automático, retirar máscara por trás da cabeça, iniciar/terminar VNI com máscara bem colocada, usar dois filtros antibacterianos (saída do dispositivo e interface).

#### **7. Considerações Finais e Literacia em Saúde**

- A enfermagem tem uma posição privilegiada nos CSP e no contexto comunitário.
- A proximidade permite a implementação de estratégias mais eficazes, além do mero conhecimento.
- É crucial capacitar a pessoa e família para a resolução de problemas e a autogestão.
- Promover o alcance de resultados favoráveis à qualidade de vida, que sejam valorizados pela própria pessoa.



“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Tipo: Roncos? Sibilos? Fervores?
- Localização: Onde são audíveis?
- Fase do ciclo respiratório: Inspiratórios, expiratórios ou ambos?
- Intensidade: Diminuída? Abolida?
- Timbre: Suave ou rude?

Esta caracterização permite diferenciar patologias, como broncoespasmo, congestão alveolar ou secreções espessas.

## 9. Radiografia de Tórax

- **Avaliação Radiográfica Torácica em Enfermagem de Reabilitação**

A radiografia do tórax constitui uma ferramenta complementar essencial à avaliação clínica respiratória, devendo ser interpretada de forma crítica, sistematizada e contextualizada no quadro clínico-funcional do utente.

- **Incidências Radiográficas**

### Postero-Anterior (PA)

- Coração menos ampliado
- Omoplatas fora dos campos pulmonares → maior visibilidade dos campos pulmonares
- Clavículas acima dos vértices pulmonares

### Antero-Posterior (AP)

- Coração ampliado
- Omoplatas sobrepostas aos campos pulmonares → menor visibilidade
- Clavículas localizadas 2 a 3 cm abaixo dos vértices pulmonares

*Nota importante:* Os bordos das omoplatas devem projetar-se fora dos campos pulmonares para garantir a fiabilidade da leitura radiológica.

- **CrITÉrios TéCnicos de Qualidade – Acrónimo RIIP**

**R** – Rotação

As clavículas devem apresentar-se equidistantes da coluna vertebral.

**I** – Inspiração

Devem visualizar-se pelo menos 6 arcos costais anteriores.

**I** – Inclusão

Todas as estruturas torácicas relevantes devem estar visíveis na imagem.

**P** – Penetração

A imagem deve permitir a visualização das vértebras torácicas atrás da silhueta cardíaca.

- **As Cinco Densidades Radiográficas**

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

1. Ar → Área mais escura (preto)  
*Exemplo: pulmões, trato gastrointestinal*
  2. Gordura → Cinza escuro  
*Exemplo: tecido mamário*
  3. Líquido/Músculo → Cinza claro  
*Exemplo: coração, fígado, vasos*
  4. Osso → Branco sujo  
*Exemplo: costelas, coluna vertebral*
  5. Metal → Branco intenso (hiperdenso)  
*Exemplo: próteses, dispositivos médicos (não ilustrado)*
- **Método ABCDE de Leitura Sistemática da Radiografia Torácica**
    - A – *Airways*: Avaliar vias aéreas centrais (traqueia, brônquios principais)
    - B – *Bones*: Observar ossos (clavículas, costelas, vértebras)
    - C – *Coração*: Verificar tamanho e contornos cardíacos
    - D – *Diafragma*: Analisar simetria e definição dos hemidiafragmas
    - E – *Everything else*: Identificar alterações em tecidos moles, presença de tubos, drenos, linhas e dispositivos
  - **Conclusões Clínicas Relevantes**

Utilizada como complemento à auscultação.

Avaliação da posição, centragem e qualidade técnica da imagem.

Identificação de alterações estruturais (ex: hipotransparência, opacidades, derrames).

Deve ser interpretada em conjunto com o exame físico e o quadro clínico. A avaliação respiratória deve ser compreendida como um processo integrado, que articula a observação clínica, a auscultação e a interpretação imagiológica.

A leitura crítica da radiografia torácica permite uma interpretação fundamentada da condição respiratória, orientando com maior segurança a prática assistencial.

O EEER deve dominar estas competências, integrando os achados radiológicos no planeamento e reavaliação das intervenções terapêuticas, com foco na funcionalidade e autonomia.


---

### Webinar: "Reabilitação Respiratória para EEER - Sessão 2"

#### **Reabilitação Respiratória no Domicílio: Abordagens e Competências**

##### **1. Fundamentos e Competências Essenciais:**

- A reabilitação respiratória assenta em três grandes pilares: educação funcional respiratória, treino/exercício, e gestão da saúde/doença.

Realizado por 



“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- A prescrição deve ser individualizada, adaptada à capacidade da pessoa e, podendo incluir exercício intervalado.
- Aborda as alterações estruturais e funcionais na DPOC, como a diminuição da massa muscular e tolerância ao esforço, que levam a um círculo vicioso de inatividade.
- Exercícios aeróbicos (bicicleta, passadeira) e de força muscular (pesos, faixas elásticas) podem ser adaptados ao domicílio, usando recursos existentes na casa.
- Alongamentos e treino de equilíbrio são cruciais para a independência funcional e prevenção de quedas.
- É fundamental criar o hábito de exercício nos dias em que não há visita agendada, através de um plano simples e de fácil compreensão, fixado em locais visíveis e confortáveis para a pessoa.

#### **5. Ganhos e Documentação:**

- Os programas de reabilitação respiratória domiciliar geram ganhos significativos na qualidade de vida das pessoas, incluindo aumento da capacidade de marcha (25-33 metros), melhoria no teste sentar-levantar, redução da dispneia, ansiedade e depressão, e aumento da atividade física.
- A documentação da intervenção nos sistemas de informação de enfermagem é essencial para evidenciar o trabalho do enfermeiro e os ganhos obtidos.

#### **6. Constrangimentos e Desafios:**

- Cultura do modelo biomédico e crença de que a medicação é suficiente, sem valorização da prevenção.
- Dificuldade em estabelecer a relação de confiança inicial.
- Sobrecarga dos prestadores de cuidados e dificuldades familiares.
- Falta de articulação entre os diversos níveis de cuidados e profissionais de saúde.
- Falta de interesse e motivação das partes envolvidas.
- Angústia da pessoa e família, que não apresentam um papel de participação ativa.
- Fatores socioeconómicos que podem dificultar o acesso e adesão.
- Adaptação de materiais com baixo custo ou com objetos do quotidiano.

O *webinar* reforçou a necessidade e o potencial da reabilitação respiratória no domicílio, destacando a responsabilidade indispensável do EEER. Ao criar uma relação de confiança e fornecer conhecimento adaptado à realidade de cada pessoa, os enfermeiros podem promover a autonomia, melhorar o prognóstico e a qualidade de vida das pessoas com patologia respiratória. É um campo com enorme potencial de atuação, onde o enfermeiro tem um "grande potencial de intervenção" e pode evidenciar "uma mais-valia na gestão da doença".

---

### **Webinar: "Reabilitação Respiratória para EEER - Sessão 3"**

#### **“Programa “Viver Bem com DPOC” – Síntese Estruturada”**

Realizado por: 

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

### **1. Definição e Objetivo Geral**

- Programa educacional, estruturado e sustentado em evidência científica.
- Destinado a pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), familiares e cuidadores.
- Foca-se na capacitação para a autogestão da doença, promovendo comportamentos de saúde sustentáveis e aquisição de competências para o quotidiano.

### **2. Justificação e Fundamentação Científica**

- Estudos demonstram:
  - Redução da utilização hospitalar (internamentos e urgências).
  - Diminuição de exacerbações e melhoria da adesão terapêutica.
  - Benefícios económicos e melhoria da qualidade de vida.
- Apoia a educação em reabilitação respiratória e pode ser integrado em programas formais do SNS.

### **3. Adaptação Nacional**

- Traduzido e adaptado em Portugal desde 2018.
- Inclui materiais escritos e plano de ação individualizado.

### **4. Conteúdo Programático: 9 Módulos Temáticos**

Dirigidos a doentes, cuidadores e familiares:

- Integrar um Programa de Exercício;
- Ser Saudável com DPOC;
- Integrar um Plano de Ação;
- Gerir o Stress e a Ansiedade;
- Gerir a Respiração e Poupar Energia;
- Manter um Estilo de Vida Saudável;
- Prevenir Sintomas e Tomar Medicação;
- Integrar uma Dieta Saudável;
- Integrar a Oxigenoterapia de Longa Duração.

### **5. Filosofia dos Módulos**

Cada módulo:

- Ajuda o doente a definir metas e objetivos pessoais;
- Desenvolve habilidades de autogestão e autoeficácia;
- Identifica barreiras e promove estratégias de superação;
- Estimula a manutenção de comportamentos de saúde a longo prazo.

Realizado por:  (202420015), Mariana Daçab (202420010), Maria Ribeiro (202420007)

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

## 6. Critérios de Inclusão

- Pessoas com DPOC com capacidade cognitiva preservada.
- Integram o programa de forma estruturada, podendo receber:
  - Follow-up telefónico por “gestor de caso”;
  - Acompanhamento a 1, 3, 6 e 12 meses (temas: exacerbações, plano de ação, vacinação, atividade física).

## 7. Implementação: Onde e Como?

### Locais:

- Cuidados de Saúde Primários: consultas de enfermagem, domicílio, sessões de grupo;
- Hospitais: durante internamentos;
- Comunidade: centros de saúde, UCC, lares;

### Modalidades:

- Sessões individuais ou de grupo;
- Organizadas por temáticas;
- Utilização possível de formato digital (videoconferência ou plataforma web);

## 8. Estrutura/Formato das Sessões

- 6 a 8 sessões temáticas;
- Duração: 60 a 90 minutos;
- Frequência: 1 vez por semana;
- 5 a 10 participantes;
- Conduzidas por equipas multidisciplinares (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos);

## 9. Plano de Ação Individual

Ferramenta que permite:

- Identificar sinais de alerta precoce;
- Classificar sintomas (bem, pior, em perigo);
- Orientar medidas específicas com base no estado do doente;
- Favorecer a autogestão diária e a prevenção de exacerbações;

## 10. Avaliação do Programa

- Avaliação da literacia em saúde e da qualidade de vida do doente antes e após o programa;
- Medição de resultados: aderência, sintomas, funcionalidade e satisfação;
- Integração nos planos de cuidados individualizados;

Realizado por:  11

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

## 11. Conclusão

O programa “Viver Bem com DPOC” constitui uma ferramenta essencial na intervenção educativa e reabilitativa, com impacto comprovado na:

- Autonomia do utente;
- Redução de complicações;
- Promoção de estilos de vida saudáveis;
- Melhoria da qualidade de vida.

### **“Reabilitação Respiratória para EEER- Programa de Reabilitação Respiratória CSP”**

#### **1. Objetivos do Programa de RR**

- Capacitar a pessoa para gerir a sua doença de forma autónoma;
- Promover a adesão sustentável a comportamentos saudáveis;
- Documentar de forma sistemática a intervenção do EEER.

O programa integra:

- Reeducação funcional respiratória;
- Treino de exercício;
- Gestão da saúde/doença.

#### **2. Gestão e Adesão ao Regime Terapêutico**

- A RR no domicílio favorece:
  - Mudanças comportamentais ajustadas à realidade da pessoa;
  - Adaptação funcional progressiva.

Abordagens chave:

- Literacia em saúde individual e em grupo (com partilha entre pares);
- Promoção da autoparticipação e responsabilização;
- Ideologia de trabalhar com e não para a pessoa.

#### **3. Conteúdos das Sessões de RR**

As sessões devem abordar:

- Fisiopatologia e fatores de risco;
- Gestão dos sintomas respiratórios, dieta, exercício e medicação (com treino da técnica inalatória);
- Técnicas de conservação de energia e gestão do stress;
- Estilos de vida saudáveis, cessação tabágica, oxigenoterapia, ventilação não invasiva;
- Nutrição e vacinação.



“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Espera-se que a pessoa desenvolva:
  - Capacidade para antecipar problemas;
  - Autonomia na procura e uso adequado dos serviços de saúde;
  - Eficácia na comunicação com a equipa;
- O EEER é elemento-chave na transição saúde/doença, pela abordagem holística, multidisciplinar e promotora da funcionalidade;
- A intervenção do EEER é construção partilhada, que valoriza os aspetos físicos, emocionais, cognitivos e sociais, visando reabilitar a pessoa e a sua família para a vida ativa e autónoma.

---

### **Webinar: "AVC: Da emergência à reabilitação"**

Este *webinar* destacou a importância da intervenção precoce e transdisciplinar no AVC, que é a principal causa de morte e incapacidade funcional permanente em Portugal. A discussão enfatizou que, mais do que equipas multidisciplinares, é fundamental que haja equipas interdisciplinares que trabalhem em comunhão com todos os parceiros sociais para desenvolver uma estratégia única, centrada na pessoa.

#### **“Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade”**

A apresentação aborda a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, no âmbito das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), evidenciando a importância de intervenções específicas e sistematizadas no processo de reabilitação.

#### **1. Intervenção da ECCI na Comunidade**

- Os Cuidados Continuados Integrados são definidos como intervenções sequenciais de saúde e apoio social, centradas na recuperação funcional e autonomia da pessoa em situação de dependência (DL n.º 101/2006).
- A referenciação pode ser feita por hospitais do SNS, USF/UCSP ou unidades de internamento da RNCCI.

#### **2. Intervenções no Âmbito da Enfermagem de Reabilitação**

- Após encaminhamento para a ECCI, o utente integra um programa que inclui:
  - Visita domiciliária nas primeiras 24h e pelo menos 3x/semana;
  - Adaptação do meio envolvente e envolvimento familiar;
  - Avaliação e promoção da funcionalidade;
  - Gestão do regime terapêutico.

#### **3. Avaliação Inicial**

Inclui recolha de dados como identificação, cuidador informal, antecedentes patológicos, avaliação da força muscular (Escala do MRC), equilíbrio corporal, AVD's (Escala de Barthel), e condições do domicílio.

#### **4. Áreas de Intervenção Específica**

- Comunicação: Avaliação de disartria e afasia;

14

Realizado por

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Alimentação: Identificação de risco de disfagia, vigilância e aplicação da Escala de GUSS;
- Higiene: Apoio na eliminação, vigilância da pele, vestuário e apoio domiciliário.
- Reeducação Funcional Motora:
  - Mobilizações, fortalecimento muscular, treino de marcha e equilíbrio;
  - Transferências e posicionamentos em padrões anti-espásticos.
- Reeducação Funcional Respiratória:
  - Técnicas respiratórias;
  - Reeducação abomino-diafragmática e costal.

#### 5. Papel do Cuidador Informal

- Considerado parceiro essencial na eficácia dos cuidados domiciliários.

#### 6. Treino do Auto-Cuidado

- Foca-se na capacitação da pessoa dependente para retomar o autocuidado e a autonomia, beneficiando do contexto real do domicílio, o que favorece a aprendizagem.

#### 7. Reflexão Final

- A intervenção do EEER é uma construção partilhada, baseada em competências holísticas (físicas, cognitivas, sociais), e centrada na habilitação da pessoa e da família.
- Destaca-se a importância do “pormenor” na prática do cuidar, enquanto presença e diferença significativa na vida do outro (Walter Hesbeen, 2001).

O *webinar* sublinhou a natureza complexa e urgente do AVC, realçando a necessidade de uma intervenção coordenada e interdisciplinar em todas as fases da doença. Destacou a responsabilidade central do EEER, desde a identificação dos sinais na emergência, passando pelos cuidados especializados na unidade de AVC, até à crucial reabilitação e acompanhamento no domicílio e na comunidade. Foram igualmente evidenciados os desafios estruturais do sistema de saúde, como a subvalorização da prevenção primária e a carência de recursos humanos, que impactam diretamente o prognóstico das pessoas com AVC. Evidencia a necessidade de continuidade de investimento na formação e reconhecimento da enfermagem, e na melhoria do SNS para garantir cuidados de saúde de excelência.

---

### Webinar: "Exercício Físico na Pessoa com Alterações do Processo Respiratório"

- Enfermeiro Luís Rodrigues Gaspar, Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, enfermeiro na Unidade de Doença Respiratória no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

#### 1. Conceitos e Definições

- Atividade Física: Qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética com gasto energético acima do repouso.
- Exercício Físico: Atividades estruturadas e planeadas com o objetivo de melhorar o condicionamento e a aptidão física.

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Atrofia e Fraqueza Muscular: Perda de massa e potência muscular, respetivamente.
- Fadiga Muscular: Incapacidade de manter a força durante o exercício.
- Intolerância à Atividade: Incapacidade ou energia insuficiente para tolerar/completar atividades.

## 2. Diferenças Terminológicas

- Cinesiterapia Respiratória ≠ Reabilitação Respiratória
- A Cinesiterapia Respiratória corresponde à Reeducação Funcional Respiratória.
- A Reabilitação Respiratória inclui treino de exercício e educação para promover mudanças comportamentais.

## 3. Fundamentos da Reabilitação Respiratória

- Baseia-se em exercício físico, educação e modificação comportamental.
- Objetivo: Melhorar a condição física e emocional dos doentes com doenças respiratórias crónicas.
- Envolve uma abordagem individualizada e prolongada para promover adesão a comportamentos de saúde.

## 4. Responsabilidade do Enfermeiro de Reabilitação

- Deve maximizar as potencialidades existentes do doente:
  - Recuperação muscular;
  - Resistência ao esforço;
  - Capacitação para lidar com a intolerância à atividade;
- Intervenção centrada no autocuidado e qualidade de vida.

## 5. Consequências da Inatividade Física

- Redução da atividade → perda de massa muscular
- Impacto duplo:
  - Muscular: diminuição da força → fadiga precoce → limitação funcional
  - Ventilatório: acidose láctica precoce → aumento das necessidades ventilatórias → limitação respiratória

## 6. Efeitos do Treino de Exercício

- Estimula opiáceos endógenos → reduz dispneia
- Melhora:
  - Capacidade oxidativa
  - Resistência muscular
  - Tolerância ao esforço
  - Reduz hiperinsuflação dinâmica

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

## 7. Princípios Gerais do Treino

1. Sobrecarga: Estímulo superior ao habitual → melhoria funcional
2. Especificidade: Treinar capacidades específicas para o objetivo terapêutico
3. Reversibilidade: Benefícios perdem-se com a interrupção
4. Individualidade: Adaptação ao perfil e limitações de cada pessoa

## 8. Tipos de Treino

- Endurance (aeróbio): Intensidade moderada/alta e longa duração. Ex: marcha, tapete, cicloergómetro.
- Força Muscular (anaeróbio): Intensidade alta e curta duração. Ex: halteres, máquinas de musculação.

## 9. Componentes do Treino de Exercício

- Treino Aeróbio
- Treino Anaeróbio
- Alongamentos
- Treino de Equilíbrio

## 10. Avaliação Inicial do Treino

- Treino aeróbio:
  - 60-80% da capacidade máxima (CPET)
  - 75-80% da velocidade da prova de marcha
  - Escala de Borg modificada (ideal entre 5-8)
- Treino anaeróbio:
  - Baixa intensidade (40-50% 1RM)
  - Alta intensidade (60-70% 1RM)
  - 8-12 repetições, 1-3 séries, 2-3 sessões semanais
- **Enfermeira Maria de Fátima Alves Pereira**, EEER no serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

## 1. Sequelas do Internamento em UCI

- Disfunção Mental: Alterações cognitivas, PSPT, perturbações psiquiátricas;
- Disfunção Física: Perda de massa e força muscular, dor, alterações ósseas;
- Disfunção Social: Impacto financeiro e suporte familiar;
- Exacerbação de Condições Pré-existentes: Alterações nas expectativas, agravamento da condição de base.

## 2. Benefícios da Mobilização Precoce

- Melhoria dos parâmetros respiratórios → Facilita o desmame ventilatório.

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Recuperação funcional → Melhora da força muscular periférica e a capacidade de marcha.
- Redução:
  - Incidência de comorbilidades e *delirium*;
  - Tempo de internamento;
  - Taxa de mortalidade global.

### 3. Protocolo de Reabilitação: Evidência

- Objetivos principais:
  - Diagnóstico e intervenção precoce;
  - Promoção do autocuidado;
  - Prevenção de complicações;
  - Recuperação da funcionalidade.
- Inclui um plano com atividades progressivas desde a elevação do leito até à marcha independente.

### 4. Critérios de Segurança para Mobilização Precoce

- Baseados em parâmetros neurológicos, respiratórios, circulatórios, hematológicos, ortopédicos e outros.
- Documento de referência: *Critical Care – Expert consensus on mobilization of ventilated critically ill adults*.

### 5. Fluxograma: Avaliação dos Critérios de Segurança para Mobilização Precoce

#### 1. Avaliação Inicial:

Critério Neurológico:

- Pergunta: O doente abre os olhos ao estímulo verbal?
  - Sim: Prosseguir para avaliação dos critérios seguintes.
  - Não: Avaliar sedação ou presença de lesão neurológica grave → Exclusão da mobilização / Reavaliar em 24h.

#### 2. Avaliação dos Critérios Fisiológicos

##### Respiratórios

- $FIO_2 \leq 0,6$ ;
- $PEEP \leq 10 \text{ cmH}_2\text{O}$ ;
- $SpO_2 \geq 88\%$ ;
- $FR \leq 35 \text{ rpm}$ ;
- $pH \geq 7,25$ ;

##### Circulatórios

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- PAM  $\geq$  60 mmHg;
- PAM  $\leq$  140 mmHg;
- Ausência de vasopressores em alta dose;
- Ausência de novo episódio de TV/fibrilhação ventricular nas últimas 2 horas;
- Ausência de novo antiarrítmico nas últimas 2 horas;
- Ausência de isquémia do miocárdio aguda;
- Ausência de sinais de baixo débito ou choque;

#### Outros Critérios

- Ausência de fratura instável;
- Ausência de ferida cirúrgica aberta de grande dimensão;
- PIC  $<$  20 mmHg;
- Contagem de plaquetas  $>$  20.000;
- Sem hemorragias ativas ou com indicação de repouso;
- Sem prognóstico grave incompatível com mobilização;
- Sem medidas de conforto exclusivo.

Se todos os critérios forem cumpridos: prosseguir para estratificação do risco e iniciar mobilização precoce.

#### 3. Estratificação do Risco e Mobilização Adaptada

Caso exista um ou mais dos seguintes parâmetros de alarme:

- FC  $<$  40 ou  $>$  140 bpm;
- FR  $<$  5 ou  $>$  40 rpm durante 5 minutos;
- SpO<sub>2</sub>  $<$  88% por mais de 5 minutos;
- PAM  $<$  60 mmHg ou  $>$  180 mmHg por mais de 5 minutos;
- Dor intensa;
- Desaturação significativa;
- Alteração aguda do estado de consciência;
- Arritmia causada pela mobilização;
- Intolerância (ex: desconforto, cansaço extremo);

→ Suspender a mobilização e reavaliar.

#### **6. Algoritmo de Mobilização Progressiva (Níveis I a V)**

- Nível I: Exercício passivo, posição sentada.
- Nível II: Exercício ativo assistido e terapêutico.

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Nível III: Exercício ativo resistido e treino de equilíbrio.
- Nível IV: Posição ortostática com assistência, treino de transferências.
- Nível V: Transferências e ortostatismo sem assistência, treino de marcha.

- **Enfermeiro Ruben Duarte Fernandes**, enfermeiro do Serviço de Reumatologia e Ortopedia Oncológica do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

"Reabilitar a Treinar"- Reabilitação para o treino e a prescrição de exercício num contexto de reabilitação. A abordagem é que a reabilitação depende de vários fatores e que a melhor prática é informada pela ciência e adaptada à pessoa. A reabilitação e a performance situam-se na intersecção entre a ciência e a arte.

A função é o conceito central na reabilitação, e os objetivos são restaurar, manter e desenvolver essa função. Abrange diversos aspetos, incluindo:

- Desempenho Muscular;
- Cardiopulmonar / Resistência física;
- Controlo Neuromuscular / Coordenação;
- Equilíbrio / Controlo postural;
- Estabilidade;
- Mobilidade / Flexibilidade;

### **1. Reabilitação Desportiva**

A reabilitação desportiva tem objetivos claros:

- Restaurar o movimento e a função;
- Permitir um retorno competitivo seguro, idealmente a um nível igual ou melhor de eficiência e no menor tempo possível. Os recursos para esta reabilitação incluem o exercício terapêutico e agentes físicos. O processo envolve uma série de etapas: avaliação, definição de objetivos, elaboração de um plano/programa, e reavaliação/adaptação/correção contínua.

### **2. Princípios do Exercício Terapêutico**

O exercício terapêutico pode ser classificado em Dinâmico ou Estático.

- Dinâmico:
  - Ativo: Envolve Amplitude de Movimento, Alongamento e Resistência;
  - Passivo: Inclui Amplitude de Movimento, Alongamento e Mobilização.
- Estático: Refere-se ao exercício Isométrico.

As Diretrizes Gerais para um Programa de Treino são detalhadas e enfatizam várias fases e considerações:

1. Avaliação Inicial: Essencial, incluindo história clínica e testes específicos;

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

2. **Planeamento:** Deve definir objetivos a curto e médio prazo, horizonte temporal, frequência, intensidade, duração, e incluir reavaliações intermédias para ajustes. No planeamento, é importante estabelecer a FC alvo e máxima;
3. **Execução:** A fase prática do programa;
4. **Avaliação Final:** Para verificar os resultados.

Um programa de treino típico deve incluir:

- Um aquecimento gradual (5-10 minutos);
- Uma fase de condicionamento, onde se aumenta o ritmo de atividade, mantendo a FC alvo por 20-30 minutos;
- Uma desaceleração (retorno aos valores basais de FC, 5-10 minutos);
- Uma componente de flexibilidade (5 minutos).

Além disso, as diretrizes gerais para o programa de treino destacam a importância de:

- Ter uma visão global da pessoa;
- Utilizar equipamento apropriado;
- Individualizar o plano;
- Adequar o plano à situação clínica;
- Ter atenção a síndromes de esforço repetitivo e à gestão das cargas;
- Iniciar num nível seguro e progredir gradualmente;
- Instruir a pessoa sobre os exercícios a realizar;
- Monitorizar parâmetros e realizar acompanhamento;
- Incluir conhecimentos sobre Biomecânica (técnica), Nutrição e Repouso.

### 3. Take Home Messages

Os pontos mais importantes a reter são:

- A pessoa/atleta é o ponto fulcral do processo;
- Não existem fórmulas exatas: não há exercícios específicos para cada patologia, nem exercícios que sejam intrinsecamente melhores ou piores;
- É crucial adotar uma abordagem multifatorial e trabalhar em equipa, considerando a gestão de cargas/treino, Biomecânica (técnica), nutrição e repouso;
- O objetivo final é sempre restaurar (função), manter (capacidades) e desenvolver (qualidades).

- **Enfermeiro Sérgio João Neves**, enfermeiro do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

### 1. Cinesiterapia – Técnicas Utilizadas

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- EzPAP® – técnica de pressão positiva expiratória para ajudar na expansão pulmonar.
- Vest® – sistema de percussão torácica por colete vibratório.
- G5® – dispositivo de massagem percussor para mobilização de secreções.
- Metaneb® – combina terapia de oscilação com pressão positiva e nebulização.

## 2. Treino de Exercício

### Ciclo Disfuncional Respiratório

- A disfunção muscular leva à hiperinsuflação, que contribui para dispneia, perpetuando o ciclo.
- Fatores agravantes:
  - Hipoxémia, hipercapnia;
  - Inflamação crónica, corticoterapia;
  - Desnutrição e inatividade;
  - Alterações nas fibras musculares.

### Importância do Exercício

- Exercício iniciado durante a hospitalização aumenta a capacidade funcional;
- Durante fase aguda, o exercício deve ser ajustado de forma progressiva.

## 3. Modalidades de Treino

### - Treino de Força

- Avaliação inicial: contração isométrica máxima (dinamometria)
- Intensidade: 45–80% de 1RM
- Grupos musculares:
  - Membros superiores: barra, halteres;
  - Membros inferiores: pesos de tornozelo.
- Monitorização:
  - Escala de Borg (dispneia e esforço);
  - FC, SpO<sub>2</sub>, Telemetria;
  - Suplementação de O<sub>2</sub> se SpO<sub>2</sub> < 90% ou ↓ ≥ 4%;

### - Treino de Resistência

- Atividades funcionais como marcha, pedalar, transferências.
- Evidência de benefícios:
  - ↓ Dispneia e ↑ capacidade de exercício;
  - ↑ Força muscular e atividade física;

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- ↓ Ansiedade e depressão.

#### - Treino Aeróbio

- Avaliação pela FC alvo (fórmula de Karvonen);
- Intensidade:
  - Baixa: 10 min/dia, conforme tolerância;
  - Média: 30–60 min/dia (Borg 5–6);
  - Alta: 30–60 min/dia (Borg 7–8);
- Monitorização igual à do treino de força.

#### 4. Complementos – Treino Muscular Inspiratório

- Indicado quando Pim < 80 cmH<sub>2</sub>O (Homem) ou < 70 cmH<sub>2</sub>O (Mulher);
- Benefícios funcionais:
  - ↑ Força, resistência e velocidade da contração diafragmática;
- Benefícios clínicos:
  - ↓ Dispneia, ↑ capacidade de exercício e qualidade de vida;
- Equipamentos:
  - Resistência manual: 7–41 cmH<sub>2</sub>O e 10–90 cmH<sub>2</sub>O;
  - Resistência automatizada: até 200 cmH<sub>2</sub>O.

#### 5. Complementos – Plataforma Vibratória

##### Benefícios Clínicos e Funcionais:

- Indicada para pessoas com desempenho muito baixo na capacidade de exercício e equilíbrio;
- ↑ Níveis séricos de irisina, um marcador da atividade muscular;
- ↑ Potência metabólica muscular e reflexos de alongamento muscular;
- ↑ Desempenho funcional dos músculos dos membros inferiores;
- ↑ Capacidade de exercício;
- ↓ Esforço cardiorrespiratório em comparação com o treino realizado no solo.

#### 6. Complementos – Eletroestimulação

Indicações: Utilizada em pacientes com DPOC moderada a grave e fraqueza muscular periférica.

##### Benefícios Clínicos e Funcionais:

- ↑ Vasodilatação, fluxo sanguíneo e oxigenação muscular periférica;
- ↑ Massa muscular, força e resistência;
- ↑ Tolerância ao exercício e capacidade funcional;

“Síntese de conteúdos de Webinar’s”

- Considerada segura, sem relatos de eventos adversos.

#### **7. Projetos – Consulta de Reabilitação Respiratória / Telereabilitação**

##### Fluxograma de Intervenção:

- Entrada por consulta externa ou internamento;
- Referenciação para consulta de enfermagem especializada em reabilitação respiratória;
- Avaliação individualizada do doente;
- Elaboração de plano/intervenções personalizadas;
- Possibilidade de telereabilitação, consoante a necessidade e contexto do doente;
- *Follow-up* contínuo para monitorização da evolução;
- Alta clínica, podendo ser encaminhado para programa ambulatório.

O *webinar* reforçou a ideia de que a reabilitação respiratória é uma intervenção multidisciplinar, individualizada e essencial para pessoas com alterações respiratórias. Foi unanimemente defendida a importância da mobilização precoce e do exercício físico estruturado, que inclui componentes aeróbicos, de força, flexibilidade e equilíbrio, para melhorar a função ventilatória, a capacidade de exercício e a qualidade de vida, reduzindo o impacto da doença. Os EEER foram destacados como profissionais chave na conceção, implementação e avaliação destes programas, utilizando a sua prática baseada na evidência científica e adaptando as intervenções às respostas humanas únicas de cada pessoa.




**Apêndice XXVI |**

Póster Científico- “Medo de Cair na Pessoa Idosa: A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação- Relato de Caso”



ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica



BPSO  
R N A O  
BEST PRACTICE  
S P O T L I G H T  
ORGANIZATION  
PORTUGAL

## Medo de Cair na Pessoa Idosa: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Relato de Caso -

Novo, B.
; Severino, S.

### INTRODUÇÃO

As **quedas** são um problema de saúde pública e a segunda causa de morte por lesões acidentais, afetando um terço das pessoas idosas. O **medo de cair**, associado a insegurança e ansiedade, limita a mobilidade, condiciona as atividades de vida diária e compromete a autonomia e qualidade de vida. O **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)** é responsável pela identificação e gestão deste medo, dado que avalia fatores de risco, implementa planos de cuidados individualizados e capacita a pessoa/cuidador, conforme *guidelines* internacionais.<sup>(1-7)</sup>


### OBJETIVO

Descrever o impacto das intervenções do EEER na identificação e gestão do medo de cair em pessoas idosas no domicílio.

### MATERIAL E MÉTODOS

Análise descritiva de um **relato de caso clínico** baseado na *CheckList CARE*, numa **Unidade de Cuidados na Comunidade**, cumprindo princípios ético-legais. A abordagem qualitativa integrou a história atual de saúde, complementada por **instrumentos de recolha de dados utilizados**, por 2 avaliadores: Escala *Medical Research Council (MRC)* Modificada, Escala de Intolerância à Atividade (*Borg*); Escala de Equilíbrio de *Berg*, Escala de Quedas de *Morse*, *Timed Up and Go Test (TUG)* e Escala de Percepção do Medo- *Falls Efficacy International Scale (FES-I)* 7 itens). Implementou-se um **plano de cuidados através do FITT-VP**, durante 6 semanas.<sup>(8-10)</sup>

### ANAMNESE



- Sr. B.R., 91 anos, reformado;
- Antecedentes relevantes de insuficiência cardíaca crónica;
- Atualmente dependente em grau moderado nas atividades de vida diária, tendo a sua esposa como cuidadora;
- Após queda da própria altura, com fratura do colo do fémur, foi integrado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados para reabilitação funcional no domicílio.

**TESTEMUNHO DO SR. B.**

### PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO<sup>(3,9-16)</sup>

**Foco:** Queda → **Diagnósticos do EEER:** Alto Risco de Queda e Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda.

Pessoa/Cuidador/  
Ambiente

←

Intervenções do EEER

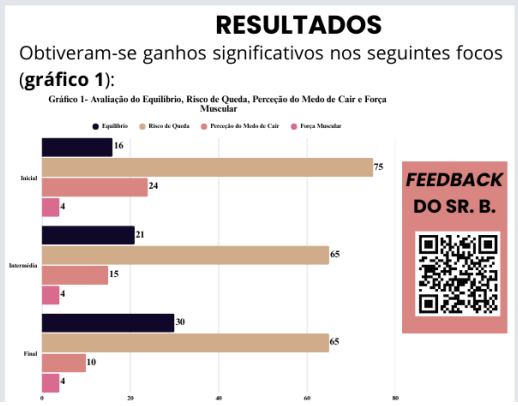
→

Avaliação

- **Ensinar, instruir e treinar:**
  - Andar com **auxiliar de marcha**;
  - Realizar **exercícios** para a **prevenção do medo de cair** (ex. apanhar objetos num nível acima da cabeça/ nível do chão; andar em 8);
  - Sobre a **prevenção de quedas** (ex. calçado apropriado) e sobre estratégias para **combater o medo de cair** (ex. exercício físico e comunicação de emoções).
- Otimizar **ambiente físico** (ex. adaptação do domicílio- tapetes fixos, iluminação).

#### FITT-VP

- 📅 **Frequência:** 3x/semana;
- 🔊 **Intensidade:** FC > 30 bpm da FC de repouso e Escala de *Borg* ≤ 4-10;
- 🕒 **Tempo/Duração:** 45-60 minutos;
- 🏃 **Tipo de exercício:** Aeróbio (ex. treino de marcha) e Força (ex. exercícios de fortalecimento muscular).




### CONCLUSÕES

A abordagem sistemática e individualizada no domicílio, permitiu ao EEER:

- Capacitar a pessoa/cuidador para a redução do medo de cair,
- Promover ganhos mensuráveis em saúde e qualidade de vida.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**Apêndice XXVII |**

Póster Científico- “Enfermagem de Reabilitação: O impacto da estimulação multissensorial  
no autocuidado da pessoa com Acidente Vascular Cerebral”



**ESSATLA**  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica



**BPSO**  
R N A O  
BEST PRACTICE  
SPOTLIGHT  
ORGANIZATION  
PORTUGAL

**Enfermagem de Reabilitação:**  
**O impacto da estimulação multissensorial no autocuidado da pessoa com Acidente Vascular Cerebral**

Novo, B. \_\_\_\_\_; Severino, S.



**REABILITAR...**



### INTRODUÇÃO

A crescente complexidade das respostas humanas, associada ao aumento da prevalência de doenças crónicas, é um desafio para a reabilitação. Em Portugal, o **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** é a principal causa de morte e incapacidade.

A **reabilitação pós-AVC** requer uma abordagem transdisciplinar centrada na pessoa, sendo o **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)**, nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade (ECCI), essencial para a continuidade do plano e execução de programas individualizados.

Na pessoa com AVC, a **neuroplasticidade** é determinante para reeducação e readaptação funcional, potenciada por estratégias como a estimulação multissensorial, promotora da proprioção e recuperação sensório-motora.<sup>(1-5)</sup> Desta forma, as competências do EEER revelam-se facilitadoras de todo o

### OBJETIVO

Descrever a experiência da intervenção do EEER junto da pessoa com AVC/cuidador, através da estimulação multissensorial, na capacitação para o autocuidado.

### RESULTADOS<sup>(6-9)</sup>

Os ganhos foram avaliados com:

**Patient-Reported Outcome Measures (PROM)**

- “Como se sente” (grau de dependência) e “Impacto do cuidado” (autocuidado), através do Índice de Barthel;
- “Como vive” (relação familiar/cuidadora)

**Patient-Reported Experience Measures (PREM):**

- “Experiência do cuidado” (satisfação da pessoa).

O tabuleiro incentivou:

Estimulação Sensorial	Comunicação	Treino de Atividades Básicas de Vida Diária
Motricidade Fina	Treino da Musculatura da Mímica Facial	Estimulação Cognitiva

Os resultados traduziram-se em **melhorias no autocuidado** através do **Índice de Barthel** (Score de 5 para 30 - ex.: lavar 50% do corpo, barbear-se e alimentar-se com supervisão). Promoveu-se a proprioção, inibindo o padrão espástico e através do fortalecimento da musculatura da mímica facial existiram melhorias na deglutição (Score de 11 para 6).





**É RECONSTRUIR EM PARCERIA!**

### MATERIAL E MÉTODOS

**Relato de experiência** com tabuleiro de estimulação multissensorial numa pessoa com AVC/cuidadora (**figura 1**), no contexto de uma Unidade de Cuidados na Comunidade. Registou-se a evolução das atividades básicas de vida diária, mediante consentimento informado.



**Figura 1-** Tabuleiro de Estimulação Multissensorial.

### CONCLUSÕES

A **intervenção do EEER no domicílio é essencial** para a capacitação da pessoa com AVC/cuidador, por ser o espaço onde emergem as reais dificuldades nas AVD. A **estimulação multissensorial**, reforça a responsabilidade da enfermagem de reabilitação, na **implementação de estratégias inovadoras e fundamentadas na evidência**, com **impacto positivo na funcionalidade e qualidade de vida**.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**Apêndice XXVIII |**

Vídeo: “Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado, Vida e Capacitação”



**Apêndice XXIX |**

Fotografia: “Reconexão Sensorial”



**Apêndice XXX |**

Póster Científico- “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Efeitos da estimulação multissensorial no autocuidado após Acidente Vascular Cerebral”



## Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Efeitos da estimulação multis sensorial no autocuidado após Acidente Vascular Cerebral

Novo, B.<sup>1,2</sup>; Severino, S.<sup>1,4</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

O **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** é uma das principais causas de incapacidade, com impacto significativo na funcionalidade e autonomia da pessoa no domicílio (Araújo et al., 2021; Feigin et al., 2024). Neste contexto, a **reabilitação pós-AVC** exige uma abordagem transdisciplinar centrada na pessoa, assumindo o **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)**, integrado nas **Equipas de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade (ECCI)**, uma responsabilidade essencial na continuidade dos cuidados (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025; Registered Nurses Association of Ontario, 2025). A intervenção do EEER, através da estimulação multis sensorial, potencia mecanismos de **neuroplasticidade**, contribuindo para a reeducação e readaptação funcional da pessoa com AVC (Lima, 2024; Regulamento n.º392/2019).

### 2 OBJETIVO

Descrever a experiência e o impacto da intervenção do EEER, baseada na estimulação multis sensorial, na capacitação para o autocuidado da pessoa com AVC e do cuidador.

### 3 MÉTODOS

**Relato de experiência** mediante a utilização de um tabuleiro de estimulação multis sensorial numa pessoa com AVC/cuidadora (figura 1), no contexto de uma **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)**. Registou-se a evolução na funcionalidade da pessoa durante a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), mediante consentimento informado, tendo sido realizado um acompanhamento de, aproximadamente, **2 meses** pela ECCI.



Figura 1. Tabuleiro de Estimulação Multisensorial

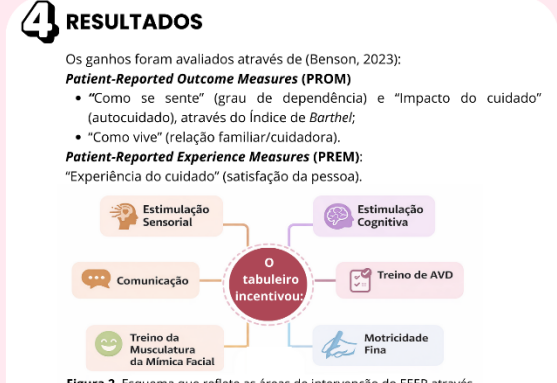


Figura 2. Esquema que reflete as áreas de intervenção do EEER através do tabuleiro

Os resultados evidenciaram:

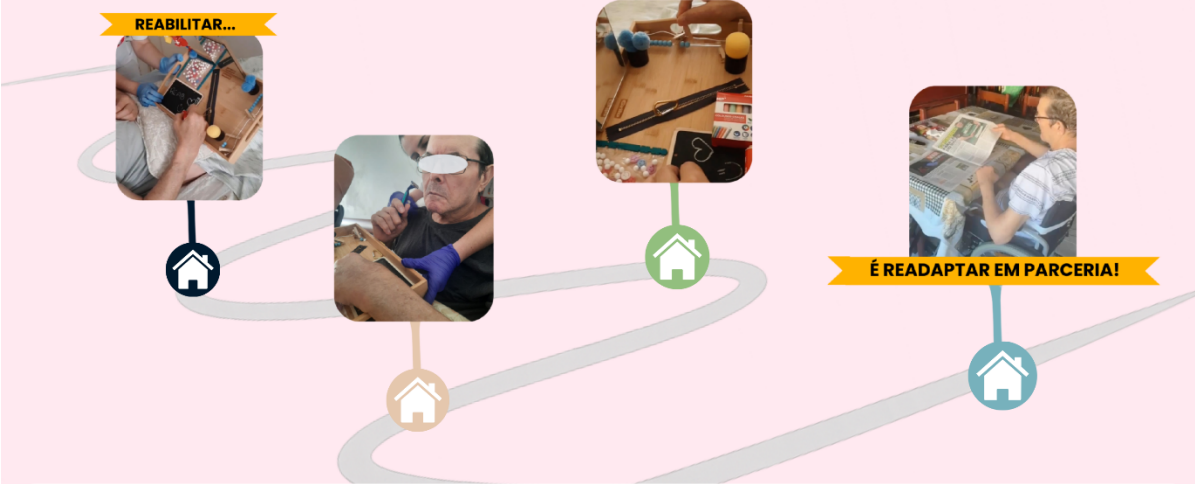
**Promoção da propriocepção**, inibindo o padrão espástico.

**Melhoria no autocuidado**, através do índice de *Barthel*: **Score de 5 para 30 pontos** (ex.: conseguir lavar 50%, barbear-se e alimentar-se com supervisão).

**Melhorias na deglutição**, através do fortalecimento da musculatura da mímica facial.

4 Vídeo do Processo de Capacitação da Pessoa e Cuidadora Informal:

(Ordem dos Enfermeiros, 2016;2018; Regulamento n.º392/2019)



### 5 CONCLUSÕES

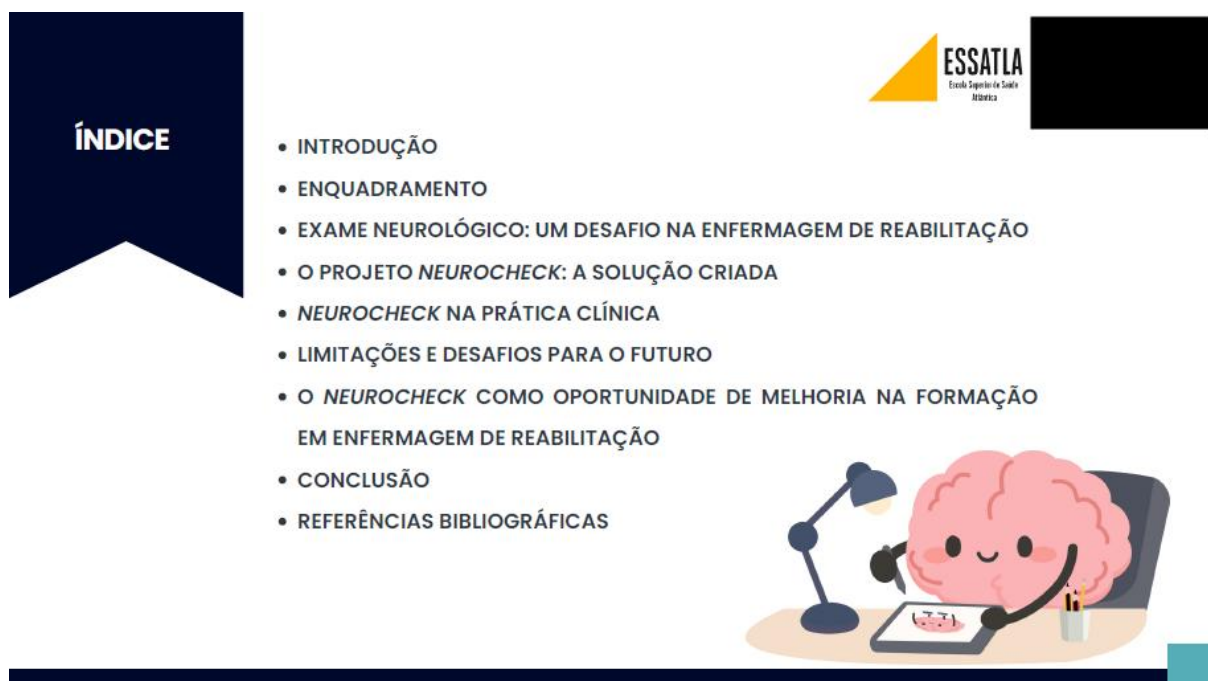
Este relato de experiência reforça a **responsabilidade do EEER** na capacitação para o autocuidado da pessoa com AVC no **domicílio**, evidenciando este contexto como determinante na identificação das reais dificuldades nas AVD. A intervenção descrita demonstra que a **estimulação multisensorial** constitui uma estratégia pertinente a integrar na prática das UCC, com **impacto na funcionalidade** e na **qualidade de vida** das pessoas.

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde Atlântica, Barcarena, Portugal.  
<sup>2</sup> Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal.  
<sup>3</sup> Centro de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**Apêndice XXXI |**

Aula de Apresentação do *NeuroCheck* aos colegas do 1º ano do Curso de Mestrado em  
Enfermagem de Reabilitação



**INTRODUÇÃO**

**O CURSO DE Mestrado EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**


permite desenvolver diferentes atividades, num determinado

**CONTEXTO**

neste caso concreto que vos trago hoje:

**Contexto:** Estágio Profissionalizante no Centro de Reabilitação de Referência Nacional Serviço de Internamento de Adultos

**Patologias mais prevalentes:**  
Lesão Vértebro-Medular (LVM)  
e  
Acidente Vascular Cerebral (AVC)



**ESSATLA**  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

3

**INTRODUÇÃO**

**OBJETIVO GERAL**

Descrever a aplicação do projeto *NeuroCheck* como ferramenta de apoio ao exame neurológico em contexto de Estágio.

**OBJETIVO ESPECÍFICO**

Refletir criticamente sobre o desenvolvimento e a aplicação do *NeuroCheck* no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

**PARTILHA DE EXPERIÊNCIA**

 Share

4



**EXAME NEUROLÓGICO: UM DESAFIO NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**IMPORTÂNCIA DE PROCEDER AO EXAME NEUROLÓGICO**

**AVC**  
Atualmente a **segunda principal causa de morte global** (Feigin et al., 2024). Em Portugal, constitui a **primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada** (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025).

**LVM**  
Atendendo ao **aumento considerável da sinistralidade rodoviária em Portugal**, LVM mantém-se como uma **realidade** com expressão clínica e social relevante, frequentemente **associada a acidentes de viação e a outras causas traumáticas** (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2025; OE, 2009).

**A pessoa com alterações neurológicas**

Impacto na **Funcionalidade, Autonomia e consequentemente na Qualidade de Vida**

**Avaliação rigorosa por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)**  
(Novo et al, 2025; Petronilho et al., 2021; Regulamento n.º392/2019; RNAO, 2025)

**Cuidados Centrados na Pessoa e Família**

**Reabilitação Precoce**

7

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

**NEUROCHECK**  
FERRAMENTA DE APOIO AO EXAME NEUROLÓGICO

Realizado por:  
**Estudante Beatriz Novo**  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

**E tudo começou com a questão: "Qual é o par craniano afetado?"**

8

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

Join at menti.com | use code 3678 4552

Quais as componentes que se avaliam no exame neurológico?

fast creative leader transpiration bold focus inspiration



Mentimeter

9

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

**ETAPAS DO EXAME NEUROLÓGICO**

- 1 Estado Mental
- 2 Pares Cranianos
- 3 Nervos Motores
- 4 Nervos Sensitivos
- 5 Reflexos
- 6 Coordenação Motora
- 7 Sistema Nervoso Autonomo
- 8 Parâmetros Vitais
- 9 Nível de Consciência



**NEUROCHECK**  
FERRAMENTA DE APOIO AO EXAME NEUROLÓGICO

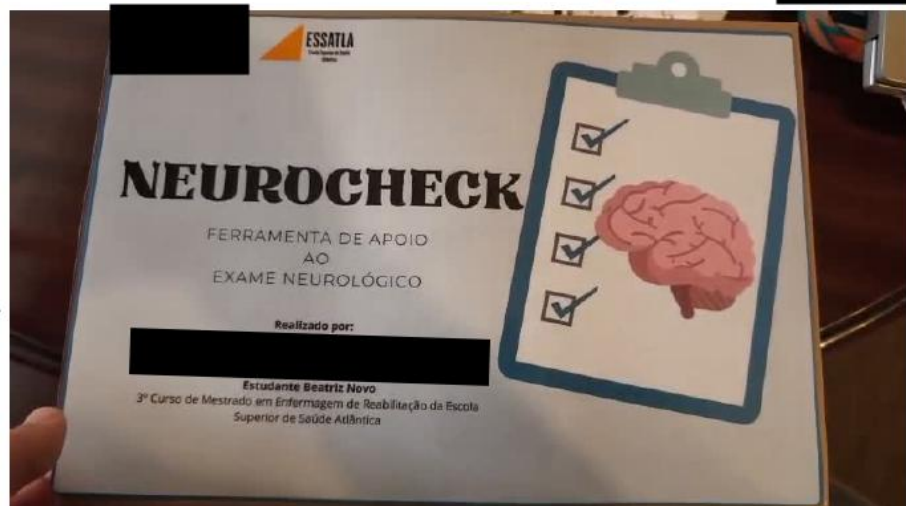
Realizado por:  
Beatriz Antunes Novo  
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

10

## O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA

### MATERIAL:

- Cartões *Neurocheck*;
- Lâmina de *Snellen*;
- Algodão;
- Café;
- Sal;
- Açúcar;
- Colher;
- Monofilamento;
- Diapasão.

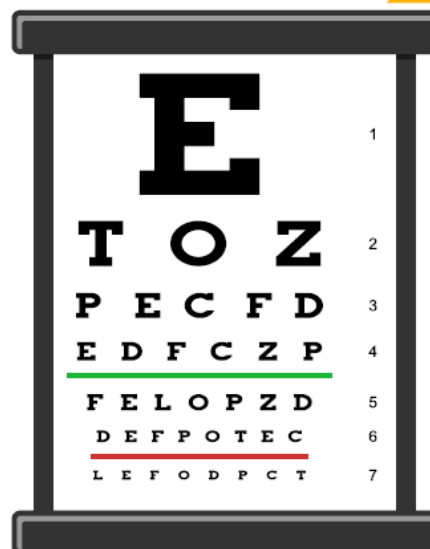


11

## O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA

### MATERIAL:

- Cartões *Neurocheck*;
- Lâmina de *Snellen*;
- Algodão;
- Café;
- Sal;
- Açúcar;
- Colher;
- Monofilamento;
- Diapasão.



12

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ETAPA 1

**1**

**ESTADO MENTAL**

*Mini Mental State Examination*

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

13

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ETAPA 1

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que cidade vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa está agora? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"You dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, porque saber se as decorou."  
Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta; se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
27, 24, 21, 18, 15

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

"Tija se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".  
Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto?" Mostrar os objetos:  
Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA."

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", dar a folha segurando com as duas mãos.  
Pega com a mão direita \_\_\_\_\_  
Dobra ao meio \_\_\_\_\_  
Coloca onde deve \_\_\_\_\_


d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar o cartão com a frase bem legível:  
"FECHE OS OLHOS", sendo analfabeto lê-se a frase.  
Fechou os olhos \_\_\_\_\_

e) "Escreva uma frase inteira aqui." Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.  
FRASE: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto por cada cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dos dois quais entrecruzados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



TOTAL (máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Escala de normalidade em função da escolaridade:**

- Analfabetos: ≥ 15 pontos
- Entre 1 e 11 anos de escolaridade: ≥ 22 pontos
- Mais de 11 anos de escolaridade: ≥ 27 pontos

(DGS,2019)

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

14

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 2



(Menoita et al., 2012)

15

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 2



(Menoita et al., 2012)

16

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 2



**PARES CRANIANOS**

**I: Nervos Olfativos**

Função: Olfato.

Avaliação: Pedir à pessoa para encerrar os olhos e cheirar odores intensos- ex. essências de laranja, limão, café- numa narina e noutra.

Alterações:  
**Parosmia** (perversão da percepção dos cheiros),  
**hiposmia** (diminuição da percepção dos cheiros) ou  
**anosmia** (ausência da percepção dos cheiros).

(Menoita et al., 2012)

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 2



**PARES CRANIANOS**

**II: Nervos Óticos**

Função: visão.

Avaliação:

- Acuidade visual: utilização da lâmina de Snellen (próximo cartão) a 60 cm de distância (distância de um braço).
- Campo visual: utilização do teste de confrontação a 1 metro de distância. Solicita-se que a pessoa fixe os olhos no nariz do examinador. Proceder-se, então, ao deslocamento lento de ambas as mãos pelo campo periférico da pessoa, abrindo e fechando, alternadamente as mãos. Pergunta-se à pessoa se vê as mãos e se estas estão em movimento ou paradas/ onde está a mão do examinador. Realizar a avaliação a cada olho (tapando o outro).

(Menoita et al., 2012)

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

**ETAPA 2**



**III**

Nervo Motor

**PARES CRANIANOS**

**III: Nervo Oculomotor**

Função: Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho.

Avaliação: Pedir à pessoa para fixar o dedo indicador da mão do examinador e realizar os movimentos oculares para cima, baixo, direita, esquerda. Repete-se o movimento com o outro olho. **Desenha-se um H e pede-se à pessoa para seguir o indicador do examinador com o olhar. Devemos testar o reflexo pupilar.**

Alterações:  
Considera-se que a pessoa apresenta **isocoria**, quando as duas pupilas reagem de forma igual e **anisocoria** quando reagem de forma diferente.  
**Nistagmo** (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, podendo ser verticais, horizontais ou rotatórios) **movimentos sacádicos** ou **ptose palpebral**.

(Menoita et al., 2012)

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

**ETAPA 2**



**IV**

Nervo Motor

**PARES CRANIANOS**

**IV: Nervo Patético/Troclear**

Função: Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho- rotação do olho


Avaliação: Pedir à pessoa para fixar o dedo indicador da mão do examinador e realizar os movimentos oculares para cima, baixo, direita, esquerda. Repete-se o movimento com o outro olho. **Desenha-se um H e pede-se à pessoa para seguir o indicador do examinador com o olhar. Devemos testar o reflexo pupilar.**

Alterações:  
Considera-se que a pessoa apresenta **isocoria**, quando as duas pupilas reagem de forma igual e **anisocoria** quando reagem de forma diferente.  
**Nistagmo** (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, podendo ser verticais, horizontais ou rotatórios) **movimentos sacádicos** ou **ptose palpebral**.

(Menoita et al., 2012)

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 2



ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

V

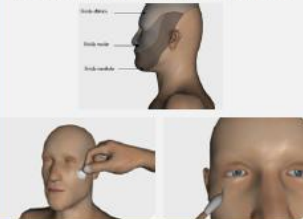
Nervo Sensitivo e Motor

**PARES CRANIANOS**

**V: Nervo Trigémeo**

Função: Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) e percepções sensoriais da face (ramo sensorial).

Avaliação: Identificar a capacidade da pessoa em encerrar e mover a mandíbula bilateralmente, bem como observar simetrias; Observar a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três secções do 5º par craniano; Observar a presença do reflexo córneo palpebral bilateral.




(Menoita et al., 2012)

21

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 2



ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

VI

Nervo Motor

**PARES CRANIANOS**

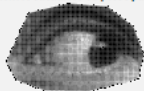
**VI: Nervo abducente**

Função: Motricidade do músculo reto lateral do bulbo do olho (abdução do olho).

Avaliação: Pedir à pessoa para fixar o dedo indicador da mão do examinador e realizar os movimentos oculares para cima, baixo, direita, esquerda. Repete-se o movimento com o outro olho. **Desenha-se um H e pede-se à pessoa para seguir o indicador do examinador com o olhar. Devemos testar o reflexo pupilar.**

Alterações:  
Considera-se que a pessoa apresenta **isocoria**, quando as duas pupilas reagem de forma igual e **anisocoria** quando reagem de forma diferente.

**Nistagmo** (movimentos oculares involuntários e rápidos do globo ocular, podendo ser verticais, horizontais ou rotatórios) **movimentos sacádicos** ou **ptose palpebral**.



(Menoita et al., 2012)

22

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**


ETAPA 2

**VII**  
Nervo Sensitivo e Motor

**PARES CRANIANOS**

**VII: Nervo Facial**

Função: Controlo dos músculos faciais- mímica facial (ramo motor)  
Percepção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial).  
Avaliação: Simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano, solicitando à pessoa para sorrir e para franzir o sobrolho, encerrando firmemente as pálpebras.  
Alterações:  
Se apresenta dificuldade em manter a saliva, alimentos sólidos ou líquidos no lado afetado.  
**Digeusia** (percepção do paladar alterada) ou **ageusia** (falta de paladar independente da causa).  
**Nota:** Testar sabor salgado e doce.



(Menoita et al., 2012)

23

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ETAPA 2

**VIII**  
Nervo Sensitivo

**PARES CRANIANOS**

**VIII: Nervo Vestibulococlear**

Função: Vestibular (orientação e movimento) e Coclear (audição)  
Avaliação: Divisão Coclear- ocluir um dos ouvidos com um algodão e aproximar do outro ouvido um relógio/ falar em voz baixa.  
Divisão vestibular- Equilíbrio

**DIVISÃO COCLEAR:**

- **TESTE DE ACUIDADE AUDITIVA (SIMULADOR TIC TAC)**



- **TESTE DE RINNE E TESTE DE WEBER**



**DIVISÃO VESTIBULAR:**

- **TESTE DE ROMBERG**



(Menoita et al., 2012)

24

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 2



**IX**  
Nervo Sensitivo e Motor


**PARES CRANIANOS**

**IX: Nervo Glossofaríngeo**

**Função:** Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.

**Avaliação:** Testa a capacidade da pessoa através do reconhecimento de sabores como o doce (aplicar) ou salgado (sal), no 1/3 posterior da língua.

**Reflexo faríngeo (vômito):** estímulo mecânico da parede posterior da faringe ou solicitando que a pessoa pronuncie a letra "a" com a boca bem aberta.



(Menoita et al., 2012)

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 2



**X**  
Nervo Sensitivo e Motor

**PARES CRANIANOS**

**X: Nervo Vago**

**Função:** Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e abdominais. Alterações do tom de voz, por exemplo a hipofonia ou a disfonia, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.

**Avaliação:** Pedir à pessoa para abrir a boca, com a ajuda de uma espátula observar a úvula. Pedir à pessoa para dizer "Ah" (fonação) e verificar a presença de reflexo do vômito.



(Menoita et al., 2012)

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ETAPA 2

**XI**  
Nervo Motor

**PARES CRANIANOS**

**XI: Nervo Acessório/Espinal**

**Função:** Inervação da laringe (raiz bulbar), trapézio e esternocleidomastóideo (raiz espinal). Controle motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastóideo e trapézio (rotação e inclinação da cabeça).

**Avaliação:** Verificar a existência de assimetrias de relevo no pescoço, ombro e escápula. Solicitar à pessoa para encostar o queixo ao peito e levantar os ombros.



(Menoita et al., 2012)

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

27

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ETAPA 2

**XII**  
Nervo Motor

**PARES CRANIANOS**

**XII: Nervo Hipoglossos**

**Função:** Inervação da musculatura da língua e motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição, articulação das palavras).

**Avaliação:** Propulsão antero-posterior na linha média e a lateralidade para a esquerda e para a direita observando-se se há desvios ou tremores da língua.



(Menoita et al., 2012)

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

28

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 3



3

**NERVOS  
MOTORES**

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 3



3

**Força Muscular**

0	Sem contração (paralisia total)
1	Contração muscular visível ou palpável sem movimentação
2	Movimento ativo com eliminação da gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra resistência
5	Força normal

**Tónus Muscular**

Grau	Descrição
0	Sem aumento do tónus muscular
1	Discreto aumento do tónus muscular, manifestado pelo prender e libertar, ou por mínima resistência ao final da
1+	Discreto aumento do tónus muscular, manifestado pelo prender, seguido de mínima resistência através do resto
2	Marcante aumento do tónus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes
3	Considerável aumento do tónus muscular; movimentos passivos dificultados
4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão

**Presença de Clónus?** YES NO

(Ordem dos Enfermeiros, 2016; Zimmerman & Hubbard, 2023)

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 4



4

**NERVOS SENSITIVOS**

(Menoita et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2009)

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 4



4

**1 Sensibilidade Superficial**

**Tátil**  
Tocar levemente na pele em várias zonas com o algodão/compressa.  
Pedir à pessoa que diga "sim" sempre que sentir o toque.

**Dolorosa**  
Tocar suavemente a pele da face, tronco e quatro membros, alternando entre ponta afiada e ponta romba.  
Pedir à pessoa que diga se sente o toque e se consegue distinguir entre "pontagudo" e "rombo".

**Térmica**  
Com o diapasão, aplicar o tubo frio na pele e aquecer levemente o outro tubo por fricção e aplicar no mesmo local.  
Pedir à pessoa que identifique se o toque é "frio" ou "quente".

**2 Sensibilidade Profunda**

**Proprioceptiva/Postural**  
Segurar o dedo da pessoa pelas laterais (evitando pressão na ponta). Mover o dedo para cima ou para baixo, pedindo que diga a posição sem olhar.

**Vibratória**  
Fazer o diapasão vibrar (batendo-o levemente). Colocar a base sobre uma articulação. Pedir à pessoa que diga quando começa e quando deixa de sentir a vibração.


**Epicrítica (Discriminação e Reconhecimento)**  
Testes:  
**Esterognosia:** Colocar um objeto familiar (chave, moeda, colher) na mão da pessoa e pedir para identificar com os olhos fechados.  
**Grafognosia:** Escrever um número ou letra na palma da mão e pedir para o identificar.  
**(TESTAR BILATERALMENTE)**

(Menoita et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2009)

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 5

5



**REFLEXOS**

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 5

5



**REFLEXOS**  
AVALIAÇÃO

**REFLEXO PLANTAR**  
Por meio do estímulo firme na parte lateral da planta do pé com uma chave ou outro objeto. A resposta normal é a flexão plantar dos dedos.



**REFLEXO PUPILAR**  
Contração das pupilas, quando se incide luz sobre elas.



**REFLEXO CORNEANO**  
Se os olhos piscam quando a córnea é tocada com um pedaço de algodão/compressa.



**REFLEXO DE VÔMITO**  
Se a pessoa apresenta um reflexo de vômito quando a parte posterior da garganta é tocada, por exemplo, com uma espátula.



**REFLEXO ANAL**  
Se o ânus se contrai quando é levemente tocado - em caso de lesão medular, podemos confirmar se é completa ou incompleta.

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 5

5

**REFLEXOS TENDINOSOS**  
AVALIAÇÃO

MEMBROS SUPERIORES

BICIPITAL  
C5  
(FLEXÃO COTOVELO)

RADIAL  
C6  
(FLEXÃO COTOVELO COM  
SUPINAÇÃO)

TRICIPITAL  
C7  
(EXTENSÃO DO COTOVELO)



O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 5



5

**REFLEXOS TENDINOSOS**  
AVALIAÇÃO

MEMBROS INFERIORES

ROTULIANO  
L4  
(EXTENSÃO DO JOELHO)

AQUILIANO  
S1  
(FLEXÃO PLANTAR)



**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 5



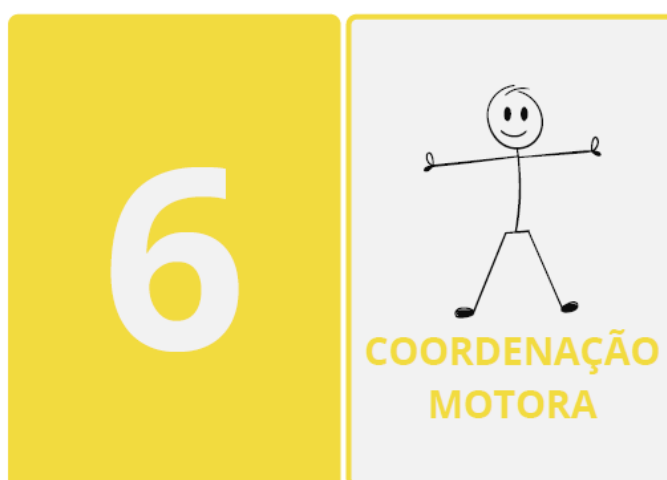
**Vídeo ilustrativo da avaliação dos reflexos:**



37

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 6



38

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 6



**MARCHA**

Para testar a marcha, pode-se pedir à pessoa para caminhar numa linha reta e/ou colocando um pé em frente ao outro (Marcha Tandem), durante 3 a 5 metros. Verificar alterações da marcha através: Avaliação do ciclo da marcha; tipo de marcha (ex. simétrica); avaliar componentes da marcha: velocidade, comprimento e largura do passo (base de sustentação), base de apoio (se o pé assenta no chão) e mudança de direção).

**COORDENAÇÃO**

- Prova dedo-nariz (tocar com a ponta do dedo no nariz).
- Prova calcanhar-joelho (em decúbito dorsal ou sentado, colocar o calcanhar no joelho da perna oposta).

Repetir esse movimento com rapidez e podemos pedir para executar esses movimentos primeiro com os olhos abertos e, em seguida, com os olhos fechados.

Alterações: **dismetria** (não atinge o alvo); **hipermetria** (ultrapassa o alvo); **hipometria** (não atinge o alvo) e/ou **tremores**.

**EQUILÍBRIO**

O **Teste de Romberg** é realizado para testar o sentido de posição. A pessoa deve estar de pé, parada, com os pés juntos sem perder o equilíbrio e repetir com os olhos fechados, o teste é **positivo** se existir queda ou iminência de queda, verificando-se a existência de **ataxia sensorial** (distúrbios da sensibilidade profunda).

**Avaliar equilíbrio estático e dinâmico, através da Escala de Equilíbrio de Berg.**

**O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA**

ETAPA 7



**SISTEMA NERVOSO  
AUTÓNOMO**

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ETAPA 8

**8**

- Temperatura
- Frequência Cardíaca
- Tensão Arterial
- Saturação Periférica de Oxigénio
- Dor

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

43

**O PROJETO NEUROCHECK: A SOLUÇÃO CRIADA**

ETAPA 8

**8**

**PARÂMETROS VITAIS**

ESSATLA  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

42

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 9



9

### Escala de Coma de Glasgow

Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

45

O PROJETO  
NEUROCHECK:  
A SOLUÇÃO  
CRIADA

ETAPA 9




9



### NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

44

## NEUROCHECK NA PRÁTICA CLÍNICA




Quais os principais focos de atenção de Enfermagem de reabilitação?

(Ordem dos Enfermeiros, 2015; 2021)

Item de Avaliação	Avaliação	Observações	
1. Estado Mental	<b>MMSE:</b> Score Total: 22 pontos (défice cognitivo ligeiro)	Com dificuldade na consecução do MMSE por presença de barreira linguística.	
	I- Sem alterações.		
	II- Acuidade visual alterada, cegou-se do olho direito. Refere agravamento do quadro após AVC.	Acuidade visual alterada, precisamente ao AVC, existindo a necessidade de utilizar óculos.	
	III- Apresenta reflexo pupilar reduzido no olho direito e ptose palpebral ligeira do olho direito.		
	IV- Apresenta reflexo pupilar reduzido no olho direito e ptose palpebral ligeira do olho direito.		
	V- Com presença de sensibilidade reduzida na região do hemisfério direito e apresenta devio da comissura labial do lado direito.		
	VI- Apresenta reflexo pupilar reduzido no olho direito, com paralisia do nervo oculomotor e ptose palpebral ligeira do olho direito.		
2. Pares Cranianos	VII- Sem alterações do palato no tempo anterior da língua. Mas apresenta devio da comissura labial à direita.	Com presença de disfagia ligeira a líquidos, compensada utilizando estratégias como a utilização de uma pequena quantidade de espessante (CML), utilização do espelho durante as refeições e flexão anterior da cabeça.	
	VIII- Apresenta acuidade auditiva mastoideíca com equilíbrio corporal comprometido na posição de pé.		
	IX- Sem alterações do palato do tempo posterior da língua e apresenta reflexo do vomito.		
	X- Sem alterações do tom de voz, apresenta reflexo de vômito.		
	XI- Apresenta assimetria na região do hemisfério direito.		
	XII- Revela protrusão da língua com desvio para a direita.		
3. Nervos Motores			Força Muscular (MRC Modificada): 1/3 (Membro Superior), 3/5 (Membro Inferior). Tonus Muscular ( <i>Atletoril</i> ): 2/4 (Membros Superiores e Inferiores). Clonus presente- Sim/Não (região da tibial/íntica)
4. Nervos Sensitivos			<b>Sensibilidade Superficial</b> • Tátil- Alterada no hemisfério direito. • Dolorosa- Alterada no hemisfério direito. • Térmica- Alterada no hemisfério direito. <b>Sensibilidade Profunda</b> • Proprioceptiva Postural- Alterada no hemisfério direito. • Vibratória- Alterada no hemisfério direito. • Esquemas- Alterada (não discrimina, nem reconhece objetos/números na mão de lado esquerdo).
5. Reflexos			Não existiu oportunidade de avaliar os reflexos durante o internamento.
6. Coordenação Motora			<b>Marcha:</b> Com capacidade para realizar marcha em curtas distâncias em piso regular, com canas de lado esquerdo. Apresenta marcha em padrão espástico e em "toice", com base de sustentação alargada, com necessidade de ajuda parcial (gosto unilateral) durante a subida, nomeadamente nas mudanças de direção e com necessidade de correção em padrão antepartico. <b>Coordenação:</b> Cumpriu prova dedo-nariz e calcular-joelho com sucesso e sem dificuldade. <b>Equilíbrio:</b> Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado eficaz, mas equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé pouco eficaz.
7. Sistema Nervoso Autônomo			Sem alterações da Tensão Arterial, na posição de deitado, sentado e na posição de pé. Com alterações do reflexo pupilar no olho direito. FC: 36bpm FC: 71bpm
8. Parâmetros Vitais			TA: 110/81 mmHg SPO <sub>2</sub> : 96% Der (CND): Apresenta dor na região do cotovelo e antea do hemisfério direito, segundo a mobilização.
9. Nível de Consciência			Consciente e orientado nas três dimensões.


47

## NEUROCHECK NA PRÁTICA CLÍNICA



### CASO CLÍNICO

- O Sr. A. de 65 anos, sexo masculino, reformado, natural e residente na Guiné-Bissau com a sua esposa e os 8 filhos. **Consciente, orientado nas três dimensões** e evidencia uma **barreira linguística**.
- Encontra-se a residir temporariamente em Portugal, com o seu irmão e o seu filho mais velho, sendo este último o seu cuidador informal principal.




- **Previamente independente** nas Atividades de Vida Diária, atualmente apresenta uma dependência modificada, com **necessidade de ajuda parcial do seu filho na maioria das AVD**.
- **História progressa:** Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo II interrogado. Desconhece alergias e não apresenta terapêutica habitual.
- Em **dezembro de 2024**, revelou um **AVC isquémico do hemisfério esquerdo**, revelando um quadro neuromotor de **hemiparésia direita, défice cognitivo ligeiro** e com **Atasia**.

DESAFIO

46

## LIMITAÇÕES E DESAFIOS PARA O FUTURO



Validação da Ferramenta

Desenvolvimento da ferramenta

Integração no Ensino

### Limitações

### Desafios para o Futuro

Escassez de evidência recente e robusta acerca da temática


A aplicação inicial mais exigente e demorada

Validação científica

**Ferramentas só criam impacto quando são usadas como complemento do nosso raciocínio clínico!**

49


































## NEUROCHECK NA PRÁTICA CLÍNICA

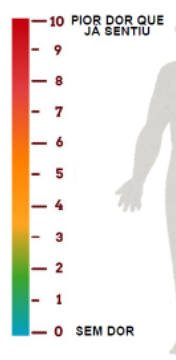


A reabilitação das pessoas com AVC fundamenta-se nos princípios da **neuroplasticidade**, entendida como a **capacidade do sistema nervoso central de reorganizar** as suas ligações sinápticas em resposta a estímulos repetitivos, funcionais e significativos (Lima, 2024).

### TABELA DE COMUNICAÇÃO

Realizado por:


				<b>EMOÇÕES</b>    			
							
							
							
ONTEM	HOJE	AMANHÃ					





10 PIOR DOR QUE JÁ SENTIU


0 SEM DOR


CORPO


 SIM


 NÃO


 NÃO PERCEBI


 ESPERA/DEVAGAR

 REPETE

 DEPARTAMENTO



 CASA

 FRIO


 CALOR

48

## Conclusão



- O **NeuroCheck** surge como uma ferramenta que contribui para uma avaliação integrada, estruturada e orientada para a funcionalidade e para a prática baseada na evidência, apoiando o raciocínio clínico e a tomada de decisão em Enfermagem de Reabilitação.
- **Não esquecer!**
  - A intervenção deve ser orientada por objetivos individualizados, mensuráveis e significativos, definidos em parceria com a pessoa e a família, potenciando a adesão, os ganhos funcionais e, sobretudo, facilitando as transições.
- O **NeuroCheck** não é apenas um projeto académico, mas uma ferramenta prática que visa **melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação**.
- **Investir em ferramentas como o NeuroCheck é investir na qualidade dos cuidados, na capacitação dos profissionais e na melhoria da qualidade de vida das pessoas** com alterações neurológicas.



**ESTRUTURAR O PENSAMENTO É O PRIMEIRO PASSO PARA REABILITAR COM QUALIDADE!**

51

## O NEUROCHECK COMO OPORTUNIDADE DE MELHORIA NA FORMAÇÃO





(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

- **Melhoria Contínua dos Cuidados** (Regulamento n.º140/2019);
- **Cuidar da pessoa com deficiência**, limitação e/ou restrição de participação, ao longo de **todo o ciclo vital, maximizando as suas capacidades remanescentes** (Regulamento n.º392/2019)

50





**Apêndice XXXII |**

Comunicação Livre: Medo de Cair na Pessoa Idosa: Desafios e Oportunidades para a  
Enfermagem de Reabilitação



**ESSATLA**  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

**BPSO**  
R N A O  
BEST PRACTICE  
SPOTLIGHT  
ORGANIZATION  
PORTUGAL

CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE  
ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
CIER'2025

**COMUNICAÇÃO LIVRE**

**Medo de Cair na Pessoa Idosa:  
Desafios e Oportunidades para a  
Enfermagem de Reabilitação**

Realizado por:

Beatriz Novo [REDACTED]

Sandy Severino [REDACTED]

DEZEMBRO | 2025



**ESSATLA**  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

**BPSO**  
R N A O  
BEST PRACTICE  
SPOTLIGHT  
ORGANIZATION  
PORTUGAL

CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE  
ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
CIER'2025

**INDÍCE**

- INTRODUÇÃO
- OBJETIVO
- METODOLOGIA
- RESULTADOS
- CONCLUSÕES

**INTRODUÇÃO**

Logos: ESSATLA (Escola Superior de Saúde Atlântica), BPSO (RNAO BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION PORTUGAL), CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CIER 2025.

1. Quedas (ícone de uma pessoa a cair)

2. Medo de Cair (ícone de um homem idoso)

3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (ícone de uma enfermeira a ajudar uma pessoa idosa com uma bengala)

3

**INTRODUÇÃO**

Logos: ESSATLA (Escola Superior de Saúde Atlântica), BPSO (RNAO BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION PORTUGAL), CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CIER 2025.

**Quedas**

**Consequências físicas** (ex. fraturas, aumento do grau de dependência)

**Consequências emocionais e sociais** (ex. perda de autonomia, isolamento, depressão e aumento do medo de cair)

**Segunda principal causa de morte por lesões acidentais.** Representam mais de **70% dos episódios** que levam a pessoa idosa a **recorrer ao serviço de urgência.**

**Envelhecimento populacional em Portugal**  
Estima-se que  $\frac{1}{3}$  das pessoas idosas sofram pelo menos uma queda por ano.

(Alves et al., 2024; Direção-Geral da Saúde, 2019; Novo et al., 2025)

4

ESSATLA Escola Superior de Saúde Atlântica

BPSO R N A O BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION PORTUGAL CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CIER'2025

# INTRODUÇÃO

## MEDO DE CAIR

↓ gera

**Sentimentos de insegurança e ansiedade**

↓ condiciona

A mobilidade e as atividades de vida diária, com **impacto negativo** na **funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.**



(Chandrasekaran et al., 2021; Marques-Vieira et al., 2021; Novo et al., 2025)

5

ESSATLA Escola Superior de Saúde Atlântica

BPSO R N A O BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION PORTUGAL CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CIER'2025

# INTRODUÇÃO

Implementar **Planos de Cuidados Individualizados**

**Capacitar as pessoas e cuidadores** utilizando estratégias de gestão do medo de cair

**Intervenção do EEER na Gestão do Medo de Cair**

Avaliar a presença de **fatores de risco de queda**

**Medo de Cair** → **Redução do Medo de Cair**



(Carrasco & Tomas-Cárus, 2020; Marques-Vieira et al., 2021; Novo et al., 2025; Ordem dos Enfermeiros, 2015; Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2015, 2017)

6

ESSATLA Escola Superior de Saúde Atlântica

BPSO R N A O BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION PORTUGAL CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CIER'2025

• Descrever o **impacto das intervenções do EEER** na identificação e gestão do **medo de cair em pessoas idosas no contexto domiciliário**.

**OBJETIVO**



7

ESSATLA Escola Superior de Saúde Atlântica

BPSO R N A O BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION PORTUGAL CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CIER'2025

**MATERIAL E MÉTODO**

**Análise Descritiva**  
CheckList CARE (Equator Network, 2024)

**Recolha de Dados**

**Intervenção**

**Instrumentos:**

- Escala *Medical Research Council* Modificada,
- Escala de Equilíbrio de *Berg*,
- Escala de Quedas de *Morse*,
- *Timed Up and Go Test (TUG)*,
- Escala de Perceção do Medo de Cair (*Falls Efficacy Scale-International (FES-I)* 7 itens). (Ordem dos Enfermeiros, 2016; Marques-Vieira et al., 2021)

**Palavras-Chave:**  
Enfermagem de Reabilitação; Envelhecimento em Casa; Acidentes por Quedas; Medo de Cair; Relato de Caso.

• Plano de cuidados individualizado e estruturado pela metodologia **FITT-VP**,

• Durante **6 semanas (3 visitas semanais, com duração de 45 a 60 minutos)**.



8

**PLANO DE CUIDADOS DO EEER**

**ESSATLA** Escola Superior de Saúde Atlântica

**BPSO** R N A O BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION PORTUGAL CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CIER'2025

**FOCO: QUEDA**

**Diagnósticos do EEER:**  
Alto Risco de Queda e Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda.

**PESSOA/CUIDADOR/AMBIENTE**

- **Ensinar, instruir e treinar:**
  - Andar com auxiliar de marcha;
  - Realizar exercícios para a prevenção do medo de cair;
  - Sobre a prevenção de quedas e sobre estratégias para combater o medo de cair.
- **Otimizar ambiente físico.**

(Chandrasekaran et al., 2021; Keskin et al., 2025; Novo et al., 2025; Ordem dos Enfermeiros, 2015; Rocha et al., 2022)

**INTERVENÇÕES DO EEER**

**FITT-VP**

- 📅 **Frequência:** 3x/semana;
- 📊 **Intensidade:** FC > 30 bpm da FC de repouso e Escala de *Borg* ≤ 4-10;
- 🕒 **Tempo/Duração:** 45-60 minutos;
- 🏃 **Tipo de exercício:** Aeróbio (ex. treino de marcha) e Força (ex. exercícios de fortalecimento muscular).

**AVALIAÇÃO**

- Risco de Queda (*Morse*);
- Medo de cair (FES-I 7 itens);
- Força muscular (MRC Modificada);
- Equilíbrio (*Berg*);
- Fragilidade (TUG). (International Council of Nurses, 2019; Marques-Vieira et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2015, 2016, 2018, 2021)

9

**ANAMNESE**

**ESSATLA** Escola Superior de Saúde Atlântica

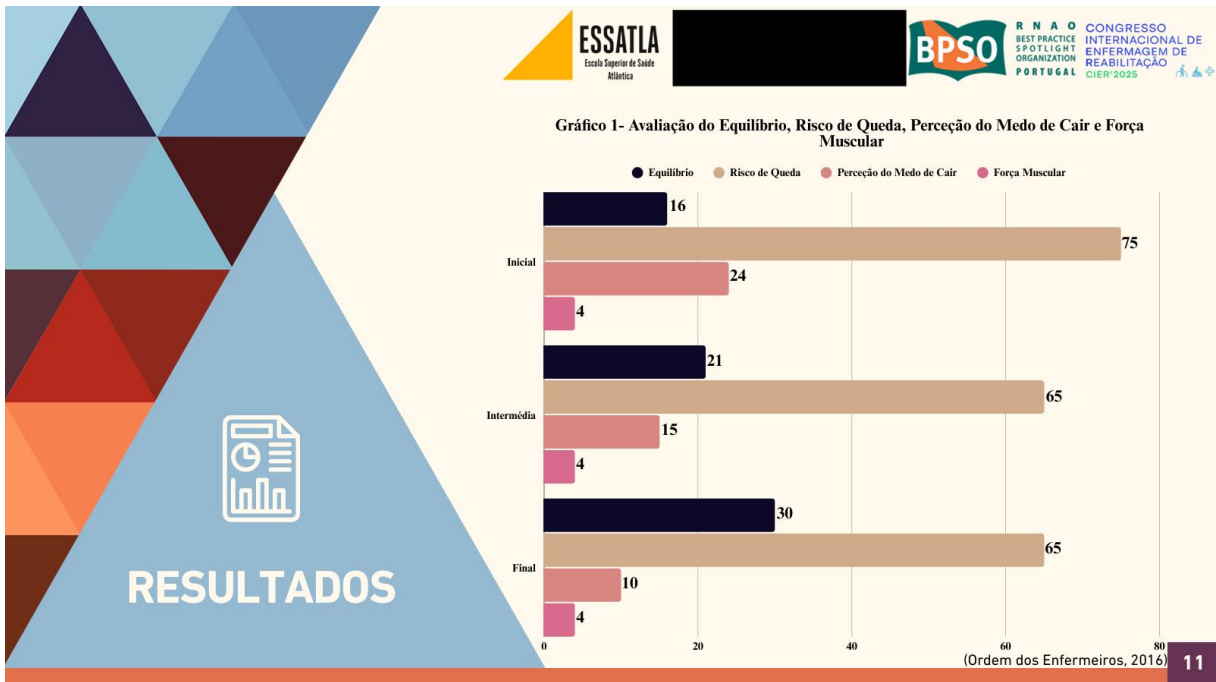
**BPSO** R N A O BEST PRACTICE SPOTLIGHT ORGANIZATION PORTUGAL CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO CIER'2025

- Sr. B.R., 91 anos,
- Reformado;
- Antecedentes relevantes de **insuficiência cardíaca crónica**;
- Atualmente **dependente em grau moderado nas atividades de vida diária**, tendo a sua esposa como cuidadora;
- Após queda da própria altura, com **fratura do colo do fémur**, foi integrado na **Equipa de Cuidados Continuados Integrados** para **reabilitação funcional no domicílio**.

**TESTEMUNHO DO SR. B.\***

\*Imagens e Vídeos criados através da Inteligência Artificial.

10



**ESSATLIA**  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

**BPSO**  
R N A O  
BEST PRACTICE  
SPOTLIGHT  
ORGANIZATION  
PORTUGAL

CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE  
ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
CIER'2025

### Medo de Cair e a Enfermagem de Reabilitação

**Desafio** **Oportunidade**

**RESULTADOS**

(Chandrasekaran et al., 2021; Keskin et al. 2025; Marques-Vieira et al., 2021; Novo et al., 2025; Rocha et al., 2022)

13

**ESSATLIA**  
Escola Superior de Saúde  
Atlântica

**BPSO**  
R N A O  
BEST PRACTICE  
SPOTLIGHT  
ORGANIZATION  
PORTUGAL

CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE  
ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
CIER'2025

**Grelha de Observação do  
Risco de Queda**

**O MEDO DE CAIR, UM EIXO CENTRAL DA REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO**

**IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS E DO MEDO DE CAIR**  
Avaliação do Risco de queda (ex. barreiras arquitetónicas, adaptação do ambiente) e avaliação da percepção do medo de cair.

**CAPACITAÇÃO DA PESSOA E CUIDADOR**  
Promove a readaptação funcional, previne complicações e combate o isolamento social.

**INTERVENÇÃO SISTEMÁTICA E INDIVIDUALIZADA**  
Promove ganhos mensuráveis em saúde e qualidade de vida.

**CONCLUSÕES**

14

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

15

**GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO!**

Alguma questão?

**VAMOS LEVAR A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO MAIS LONGE!**

A intervenção do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**, transforma o **medo** em **confiança** e as **limitações** em **possibilidades**.

16

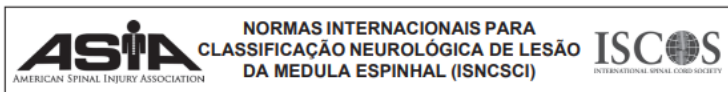


## **ANEXOS**



**Anexo I |**

Escala de Classificação Neurológica de Lesão da Medula Espinhal da *American Spinal Injury Association*



**NORMAS INTERNACIONAIS PARA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DE LESÃO DA MEDULA ESPINHAL (ISNCSCI)**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data/Hora do exame: \_\_\_\_\_  
 Examinador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

DIREITO			SENSITIVO			SENSITIVO			MOTOR			ESQUERDO		
MOTOR			Pontos sensitivos chave			Pontos sensitivos chave			MOTOR			ESQUERDO		
Músculos chave			Toque leve (TL)			Estímulo com agulha (EA)			Toque leve (TL)			Estímulo com agulha (EA)		
			C2						C2					
			C3						C3					
			C4						C4					
<b>ESD</b> (Extremidade superior direita)	Flexor do cotovelo	C5							C5					
	Extensor do punho	C6							C6					
	Extensores do cotovelo	C7							C7					
	Flexores dos dedos	C8							C8					
	Abdutores dos dedos	T1							T1					
<b>Comentários</b> (Ausência de músculo-chave? Razão para NT? Dor? Condição não-lesão medular?):			T2						T2					
			T3						T3					
			T4						T4					
			T5						T5					
			T6						T6					
			T7						T7					
			T8						T8					
			T9						T9					
			T10						T10					
			T11						T11					
			T12						T12					
						L1						L1		
			L2						L2					
			L3						L3					
			L4						L4					
			L5						L5					
			S1						S1					
			S2						S2					
			S3						S3					
			S4-5						S4-5					
			<b>TOTAL DIREITO (MÁXIMO)</b>						<b>TOTAL ESQUERDO (MÁXIMO)</b>					
			(50)	(56)	(56)	(56)	(56)	(56)	(50)	(56)	(56)	(56)	(112)	

<b>ESD</b> (Extremidade superior direita)		<b>ESE</b> (Extremidade superior esquerda)		<b>EID</b> (Extremidade inferior direita)		<b>EIE</b> (Extremidade inferior esquerda)	
0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado
2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal

<b>ESD</b> (Extremidade superior direita)		<b>ESE</b> (Extremidade superior esquerda)		<b>EID</b> (Extremidade inferior direita)		<b>EIE</b> (Extremidade inferior esquerda)	
0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado
2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal

<b>ESD</b> (Extremidade superior direita)		<b>ESE</b> (Extremidade superior esquerda)		<b>EID</b> (Extremidade inferior direita)		<b>EIE</b> (Extremidade inferior esquerda)	
0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado
2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal

<b>ESD</b> (Extremidade superior direita)		<b>ESE</b> (Extremidade superior esquerda)		<b>EID</b> (Extremidade inferior direita)		<b>EIE</b> (Extremidade inferior esquerda)	
0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado
2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal

<b>ESD</b> (Extremidade superior direita)		<b>ESE</b> (Extremidade superior esquerda)		<b>EID</b> (Extremidade inferior direita)		<b>EIE</b> (Extremidade inferior esquerda)	
0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado
2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal

<b>ESD</b> (Extremidade superior direita)		<b>ESE</b> (Extremidade superior esquerda)		<b>EID</b> (Extremidade inferior direita)		<b>EIE</b> (Extremidade inferior esquerda)	
0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado	0 = Ausente	1 = Alterado
2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal	2 = Normal

Página 1/3 Este formulário pode ser copiado gratuitamente mas não deve ser alterado sem permissão da American Injury Association. REV 04/19

### Classificação motora

- 0** = Paralisia total.
- 1** = Palpação ou contração visível.
- 2** = Movimentação ativa, ampla, sem vencer a gravidade.
- 3** = Movimentação ativa, ampla e contra a gravidade.
- 4** = Movimentação ativa, ampla, contra a gravidade e resistência moderada em posição muscular específica.
- 5** = (Normal) movimentação ativa, ampla, contra a gravidade e completa resistência em posição muscular esperada para uma pessoa sem deficiência.
- NT** = Não testável (por imobilização, dor severa que impede classificação do paciente, amputação de membro ou contratura que afeta > 50% da amplitude de movimento).
- 0\*, 1\*, 2\*, 3\*, 4\*, NT\*** = Condição não-lesão medular presente\*.

### Classificação sensitiva

- 0** = Ausente **1** = Alterado, ou sensibilidade diminuída/prejudicada ou hipersensibilidade. **2** = Normal. **NT** = Não testável.
- 0\*, 1\*, NT\*** = Condição não-lesão medular presente\*.
- Nota: classificações motoras e sensitivas alteradas devem ser marcados com "\*" para indicar deficiência devido a uma condição não relacionada a lesão medular. A condição deve ser explicada nos comentários junto com informações sobre como a pontuação foi determinada para fins de classificação (ao menos normal/alterada).

### Quando testar músculos não chave:

Em um paciente com classificação aparente AIS B, a função de músculos não chave deve ser examinada em mais de 3 níveis abaixo do nível motor de cada lado para classificar a lesão com mais acurácia (diferenciar entre AIS B e C).

Movimento	Nível da Raiz
<b>Ombro:</b> Flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa <b>Cotovelo:</b> supinação	<b>C5</b>
<b>Cotovelo:</b> Pronação <b>Punho:</b> Flexão	<b>C6</b>
<b>Dedos:</b> Flexão de interfalange proximal, extensão <b>Polegar:</b> Flexão, extensão e abdução no plano do polegar	<b>C7</b>
<b>Dedos:</b> Flexão metacarpofalangiana <b>Polegar:</b> Oposição, adução e abdução perpendicular a palma da mão	<b>C8</b>
<b>Dedos:</b> abdução do indicador	<b>T1</b>
<b>Quadril:</b> Adução	<b>L2</b>
<b>Quadril:</b> Rotação externa	<b>L3</b>
<b>Quadril:</b> Extensão, abdução, rotação interna <b>Joelho:</b> Flexão <b>Tornozelo:</b> Inversão e eversão <b>Dedos do pé:</b> Extensão metatarsofalângica e interfalangeanas	<b>L4</b>
<b>Hálux e dedos dos pés:</b> Flexão e abdução interfalangeanas proximais e distais	<b>L5</b>
<b>Hálux:</b> Adução	<b>S1</b>

### Escala de deficiência ASIA (AIS)

- A = Completo.** Ausência de função sensitiva ou motora preservada nos segmentos sacrais S4-5.
- B = Sensitivo incompleto.** Função sensitiva, mas não motora, é preservada abaixo do nível neurológico e inclui os segmentos sacrais S4-5 (toque leve ou estímulo com agulha ou pressão anal profunda) E nenhuma função motora é preservada em mais de três níveis abaixo do nível motor em ambos lados do corpo.
- C = Motor incompleto.** Função motora está preservada na maior parte dos segmentos sacrais para contração anal voluntária (CAV) OU o paciente atende critérios para status sensitivo incompleto (função sensorial preservada para a maior parte dos segmentos caudais sacrais S4-5 por TL, EA ou PAP) e tem alguma redução de função motora em mais de três níveis abaixo do nível motor ipsilateral em ambos os lados do corpo. (Isso inclui funções de músculos chave ou não chave para determinar status motor incompleto). Para AIS C – menos da metade das funções de músculos alvo tem um nível neurológico de lesão (NNL) com classificação muscular ≥ 3.
- D = Motor incompleto:** status motor incompleto conforme definido acima, com no mínimo metade (metade ou mais) das funções de músculos alvo abaixo do NNL tendo graduação muscular ≥ 3.
- E = Normal:** Se a função sensitiva e motora é testada com o ISNCSCI classificado como normal em todos os segmentos, e o paciente teve déficit anteriores, então a classificação AIS é E. Alguém sem uma lesão medular não recebe classificação AIS.
- Usando NT:** Para documentar os níveis sensoriais, motores e NNL, o grau da Escala de deficiência ASIA (AIS) e/ou a zona de preservação parcial (ZPP) quando não puderem ser determinados com base nos resultados do exame.



### Passos da classificação:

A ordem a seguir é recomendada para determinar a classificação de indivíduos com LM:

- 1. Determinar níveis sensitivos para os lados direito e esquerdo.** O nível sensitivo é o dermatomo mais caudal intacto nos testes para sensibilidade de estímulo com agulha e toque leve.
- 2. Determinar os níveis motores para os lados direito e esquerdo.** Definida pelo nível mais baixo de função muscular com classificação mínima 3, desde que as funções musculares representadas por segmentos acima desse nível sejam consideradas intactas (classificadas como 5).  
Nota: em regiões onde não há miótomo para testar, o nível motor é presumivelmente o mesmo que o nível sensorial, se a função motora testável acima desse nível também é normal.
- 3. Determinar o nível neurológico da lesão (NNL).** Refere-se ao segmento mais caudal da medula com a sensibilidade intacta e a força da função muscular classe 3 ou mais, desde que haja função sensitiva e motora normal rostralmente, respectivamente. O NNL é o mais cefálico dos níveis sensoriais e motores determinados nos passos 1 e 2.
- 4. Determinar se a lesão é Completa ou Incompleta.** (Ausência ou presença de preservação sacral)  
Se contração anal voluntária = **Não** E todas as pontuações sensitivas S4-5 = **0** E pressão anal profunda = **Não**, então a lesão é **Completa**. Caso contrário, a lesão é **Incompleta**.
- 5. Determine a classificação da Escala de deficiência ASIA (AIS) É lesão Completa? Se SIM, AIS=A**

**Se NÃO: Há lesão Motora Completa? Se SIM, AIS=B**

(NÃO = contração anal voluntária Ou função motora em mais de três níveis abaixo do nível motor em um determinado lado, se o paciente tiver classificação sensorial incompleta)

**Se NÃO: Ao menos metade (metade ou mais) dos músculos chave abaixo do nível neurológico da lesão tem classificação 3 ou mais?**

**NÃO = AIS C  
SIM = AIS D**

**Se a sensibilidade ou função motora está normal em todos os segmentos, AIS=E**

Note: AIS E é usado em testes de acompanhamento quando um indivíduo com LM documentado recuperou a função normal. Se no teste inicial nenhum déficit for encontrado, o indivíduo está neurologicamente intacto e a Escala de deficiência ASIA (AIS) não se aplica.

**6. Determinar a zona de preservação parcial (ZPP).**

A ZPP é usado apenas em lesões com ausência de função motora (sem CAV) OU sensitiva (sem PAP, TL ou sensação ao EA) nos segmentos sacrais inferiores S4-5, e refere-se aos dermatomos e miótomos caudais aos níveis sensitivo e motor que permanecem parcialmente inervados. Com redução de função sensorial sacral, a ZPP sensorial não é aplicável e, portanto, "NA" é registrado no bloco da planilha. Assim, se CAV estiver presente, o ZPP do motor não é aplicável e é indicado como "NA".



**Anexo II |**

Parecer da Comissão de Ética do Relato de Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na  
Comunidade



## PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

**PCE69\_2025**

**Assunto:** Projeto no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação\_ Relato de Caso Clínico: "Enfermagem de Reabilitação: Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas com Insuficiência Cardíaca na Comunidade".

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 30 de junho de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA



Professora Adjunta



**Anexo III |**

Parecer da Comissão de Ética do Relato de Caso Clínico do Estágio Profissionalizante



## PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

**PCE99\_2025**

**Assunto:** Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação: "Enfermagem de Reabilitação: Capacitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral/Família para o Domicílio– Relato de Caso", no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações. Considerado que se encontra ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 2 de dezembro de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

A solid black rectangular box redacting the signature of the President of the Ethics Commission.

Professora Adjunta

A solid black rectangular box redacting the name of the Adjunct Professor.

**Anexo IV|**

Declaração da Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção de quedas e promoção de  
estratégias”



## Declaração

Para os devido efeitos, declara-se que a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Beatriz Novo, participou como formadora na Sessão de Educação para a Saúde **“Prevenção de quedas e promoção de estratégias”** no âmbito da programação “Mais saber, Mais vida em Barcelena” da Comissão Social de Freguesia de [REDAÇÃO], iniciativa promovida pela Junta de Freguesia de [REDAÇÃO], em parceria com a ESSATLA, no dia 24 de Outubro 2025 durante 1h.

[REDAÇÃO], 24 de Outubro de 2025

A Assistente Social,

[REDAÇÃO]

**Anexo V |**

Certificado de Comissão Organizadora do Encontro de Celebração do Dia Nacional do  
Enfermeiro



## CERTIFICADO

---

Certifica-se que a Sra. Enfermeira Beatriz Novo, integrou a **Comissão Organizadora do Encontro de celebração do Dia Nacional do Enfermeiro**, com o tema: **“Liderança Feminina em Enfermagem, uma utopia inalcançável?!”** que decorreu no dia 12 de maio de 2025, na Escola Superior de Saúde Atlântica.

---

Barcarena, 12 de maio de 2025



Prof. Dra. Sandy Severino  
P'la Comissão Organizadora

**Anexo VI |**

Certificado de Moderadora do *Webinar*- “Ligação entre a Academia e a Prática”



# CERTIFICADO



Certifica-se que Beatriz Novo foi moderadora do Webinar – Ligação entre a Academia e a Prática, que decorreu no dia 25 de setembro de 2025.

A Coordenadora do Gabinete de  
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo VII |**

Certificado de Comissão Organizadora do *Webinar*- “Ligação entre a Academia e a Prática”



## CERTIFICADO

Certifica-se que Beatriz Novo integrou a Comissão Organizadora do Webinar – Ligação entre a Academia e a Prática, que decorreu no dia 25 de setembro de 2025.

A Coordenadora do Gabinete de  
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

*Carla Nascimento*

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo VIII |**

Declaração de Participação nas Formações em Serviço da Unidade de Cuidados na  
Comunidade



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - UCC

Para os devidos efeitos declara-se que **BEATRIZ NOVO**, esteve presente nas sessões de formação no âmbito da formação em serviço:

- “Contributo para as Boas Práticas na Prevenção e Controle de Infecção”, com a duração de meia hora no dia 14 de maio de 2025, com a duração de 1 hora no dia 16 de abril de 2025, que se realizou na UCC
- “Empoderamento dos Embaixadores da Cicatrização”, que se realizou na UCC, no dia 11 de junho de 2025 com a duração de 15 minutos;
- “Comunicação em saúde”, que se realizou na UCC, no dia 11 de junho de 2025 com a duração de 15 minutos;
- “XVI Fórum internacional de Úlceras e Feridas”, que se realizou na UCC, no dia 11 de junho de 2025 com a duração de 15 minutos;
- “1 St Internacional Congress of Family Health”, que se realizou na UCC, no dia 11 de junho de 2025 com a duração de 15 minutos;
- “Deglutição segura em cuidados de saúde primários: avaliação com a escala de Guss”, com a duração de 1 hora no dia 18 de junho de 2025, que se realizou na UCC

20 / 06 / 2025

Enfermeira Responsável pela Formação

Enf.ª

Gestora

- Equipa pedagógica do

**Anexo IX |**

Certificado de Participação no *Webinar* “Dia Nacional do Enfermeiro de Reabilitação-  
Conhecimento, Prática e Futuro”

CERTIFICADO



Associação  
Portuguesa dos  
Enfermeiros de  
Reabilitação



A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que

**Beatriz Antunes Novo**

esteve presente no Webinar (Debate):

**Dia Nacional do Enfermeiro de Reabilitação**  
**Conhecimento, Prática e Futuro**

que decorreu no dia **17 de outubro de 2025**,  
num total de **1 hora**.

Vila Nova de Gaia, 18 de outubro de 2025

A Presidente da APER

(Raquel Marques)  
Certificado APER nº 44673



[www.aper.pt](http://www.aper.pt)



**Anexo X |**

**Certificado de Presença no Webinar “EaQ- Telereabilitação”**



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**BEATRIZ ANTUNES NOVO**

membro nº 102382 desta Ordem, participou no(a) "EaQ - Telereabilitação", realizado no dia 27 de Novembro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 27 de Novembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

---

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**Anexo XI |**

Certificado de Participação e Apresentação de Trabalhos no Congresso Internacional de  
Enfermagem de Reabilitação



Associação  
Portuguesa dos  
Enfermeiros de  
Reabilitação

CONGRESSO  
INTERNACIONAL DE  
ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
CIER'2025

4 A 6  
DEZEMBRO'25

Hotel dos  
Templários  
Tomar



A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que

**Beatriz Antunes Novo**

esteve presente no

**Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2025**

que decorreu em Tomar de **04 a 06 de dezembro de 2025,**

num total de **21 horas.**

E apresentou:

**Video - Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado, Vida e Capacitação**

**Poster - Medo de Cair na Pessoa Idosa: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação- Relato de Caso"**

**Poster - Enfermagem de Reabilitação: O impacto da estimulação multissensorial no autocuidado da pessoa com Acidente Vascular Cerebral**

**Fotografia - Reconexão Sensorial**

A Presidente da APER,

(Raquel Marques)



Certificado APER 43471



*Excelência em Enfermagem de Reabilitação:  
no caminho da Autonomia e Qualidade de Vida*

[www.aper.pt](http://www.aper.pt)



**Anexo XII |**

Comprovativo de Aceitação de Publicação do Artigo Científico “Rehabilitation Nursing  
in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling”



Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 25 de mayo de 2025

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente, se certifica la aceptación luego de la revisión por pares del artículo científico *“Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling”* de los autores *Beatriz Novo, Márcia Ribeiro, Mariana Bação, Marta Andrade, Patrícia Horta, Luis Sousa, Nelson Guerra, Sandy Severino*, en la revista **AG Multidisciplinar**.

El artículo se encuentra publicado en el sitio web de la revista con el siguiente identificador persistente: <https://doi.org/10.62486/agmu2025226>.

Cuando la maqueta del artículo se encuentre disponible en el sitio de la revista usted podrá compartir libremente el PDF en sus redes sociales científicas, blogs y/o repositorios institucionales, dado que el artículo se distribuye bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0.

Sin otro particular, en nombre de los editores de la revista le saludamos cordialmente y les enviamos nuestra felicitación por este logro académico.

**Telmo Raúl Aveiro-Róbaló**

**AG Editor**

<https://multidisciplinar.ageditor.uy/index.php/multidisciplinar>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2409-8324>

Javier  
González  
-Argote

Firmado digitalmente por Javier González-Argote  
Fecha: 2025.05.27 11:34:01 -03'00'

**Anexo XIII |**

Comprovativo de Aceitação de Publicação do Artigo Científico “Rehabilitation Nursing:  
A transformative perspective focused on the person, family, and community”



www.ageditor.org

---

Autonomous City of Buenos Aires, September 30, 2025

Dear authors:

We hereby certify the acceptance, after peer review, of the manuscript **“Rehabilitation Nursing: A transformative perspective focused on the person, family, and community”** submitted by **Beatriz Novo, Nelson Guerra, Luís Sousa, Sandy Severino**, in the **Journal Nursing Depths Series**.

The article is published on our journal website with the following persistent identifier: <https://doi.org/10.56294/nds2025420>.

When the scientific paper layout is made available on the journal website, you may freely share the PDF in your scientific social networks, blogs, and/or institutional repositories, given that the article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license.

On behalf of the editors of this journal, we cordially greet you and extend our congratulations for this academic achievement.

A handwritten signature in black ink that reads 'Karina Maldonado'.

Karina Maldonado

Coordinadora Editorial

[www.ageditor.org](http://www.ageditor.org)

Karina  
Maldona  
do

Firmado  
digitalmente por  
Karina Maldonado  
Fecha: 2025.09.30  
14:43:00 -03'00'

**Anexo XIV |**

Certificado de Presença no 2º Seminário do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação –  
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

# 2º SEMINÁRIO NER-CMRA 06 NOV 2025

O PRESENTE E O FUTURO DOS ENFERMEIROS  
ESPECIALISTAS EM REABILITAÇÃO NOS  
CENTROS ESPECIALIZADOS



CENTRO DE MEDICINA  
DE REABILITAÇÃO  
DE ALCOITÃO

## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Declara-se que **Beatriz Antunes Novo** participou no 2º Seminário do NER-CMRA 2025, sob o tema **“O presente e o futuro dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação nos Centros Especializados”**, que decorreu no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no dia 6 de novembro de 2025.

Andreia Ruivo  
Secretária do NER-CMRA

Rodrigo Ramos  
Enfermeiro Diretor do CMRA


**Anexo XV |**

Certificado de Presença nas 1<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem de Reabilitação- “A Transição  
de Cuidados de Reabilitação” da Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

## Certificado

Certifica-se que a Sra. Enf. Beatriz Antunes Novo, esteve presente nas **1as Jornadas de Enfermagem de Reabilitação**, do NER da ULSLO com o tema “A Transição de Cuidados de Reabilitação”, no dia 20 de Novembro, com a duração de 6 horas, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa.

Lisboa, 25 de Novembro de 2025

  
Enf<sup>a</sup> Directora ULSLO  
Ilda Roldão  
Enfermeira Diretora  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.

  
Enf<sup>a</sup> Coordenadora do NER-ULSLO



**Anexo XVI |**

Declaração de Participação no 1º Encontro das Unidade de Cuidados na Comunidade-  
“Cuidar (n)a Comunidade”



## DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declara-se que **Beatriz Antunes Novo** esteve presente no(a) **1º Encontro das Unidades de Cuidados na Comunidade da Unidade Local de Saúde Amadora Sintra - Cuidar (n)a Comunidade**, realizado no Centro Cultural Olga Cadaval, que decorreu no(s) dia(s) **15 de janeiro de 2026**, com a duração total de **8 (oito) horas**.

Amadora, 20 de janeiro de 2026.

A Diretora da Academia de Formação e Ensino

(Sofia Oliveira)

**Anexo XVII |**

Certificado de Presença no *Workshop* “Reabilitação Respiratória: Impacto do treino dos  
músculos respiratórios” do 2º Seminário do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação –  
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

## 2º SEMINÁRIO NER-CMRA 06 NOV 2025

O PRESENTE E O FUTURO DOS ENFERMEIROS  
ESPECIALISTAS EM REABILITAÇÃO NOS  
CENTROS ESPECIALIZADOS



CENTRO DE MEDICINA  
DE REABILITAÇÃO  
DE ALCOITÃO

### CERTIFICADO DE PRESENÇA - WORKSHOP

Declara-se que **Beatriz Antunes Novo** participou no Workshop “Reabilitação Respiratória: Impacto do treino dos músculos respiratórios” durante o 2º Seminário do NER-CMRA 2025, sob o tema “**O presente e o futuro dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação nos Centros Especializados**”, que decorreu no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no dia 6 de novembro de 2025.

*Andreia Ruivo*

Andreia Ruivo  
Secretária do NER-CMRA

*Rodrigo Ramos*

Rodrigo Ramos  
Enfermeiro Diretor do CMRA

**Anexo XVIII |**

Certificado de Presença no *Workshop* “A inovação tecnológica ao serviço da Reabilitação” do Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação



A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que

**Beatriz Antunes Novo**

esteve presente no

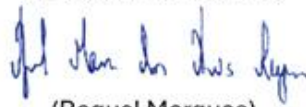
**Workshop A inovação tecnológica ao serviço da Reabilitação**

o qual teve uma **duração de 2 horas** e integrou o

**Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2025,**

que decorreu em Tomar de **04 a 06 de dezembro de 2025.**

A Presidente da APER,



(Raquel Marques)



Certificado APER 43471WS9



*Excelência em Enfermagem de Reabilitação:  
no caminho da Autonomia e Qualidade de Vida*

[www.aper.pt](http://www.aper.pt)



**Anexo XIX |**

Certificado de Apresentação de Vídeo no Congresso Internacional de Enfermagem de  
Reabilitação



A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação certifica que o trabalho em forma de **Video**:

**Enfermagem de Reabilitação: Autocuidado, Vida e Capacitação**

de

██████████<sup>1</sup>; **Beatriz Novo**<sup>2</sup>; **Sandy Severino**<sup>3</sup>; ██████████<sup>1</sup>;  
██████████<sup>1</sup>; ██████████<sup>1</sup>

1 - ██████████; 2 - Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de São Francisco Xavier.; 3 - Escola Superior de Saúde Atlântica

foi apresentado no

**Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2025,**  
que decorreu de **04 a 06 de dezembro de 2025** em Tomar.

**Este trabalho foi distinguido com o 1º Prémio**

A Presidente da APER,

(Raquel Marques)



Certificado APER Resumo



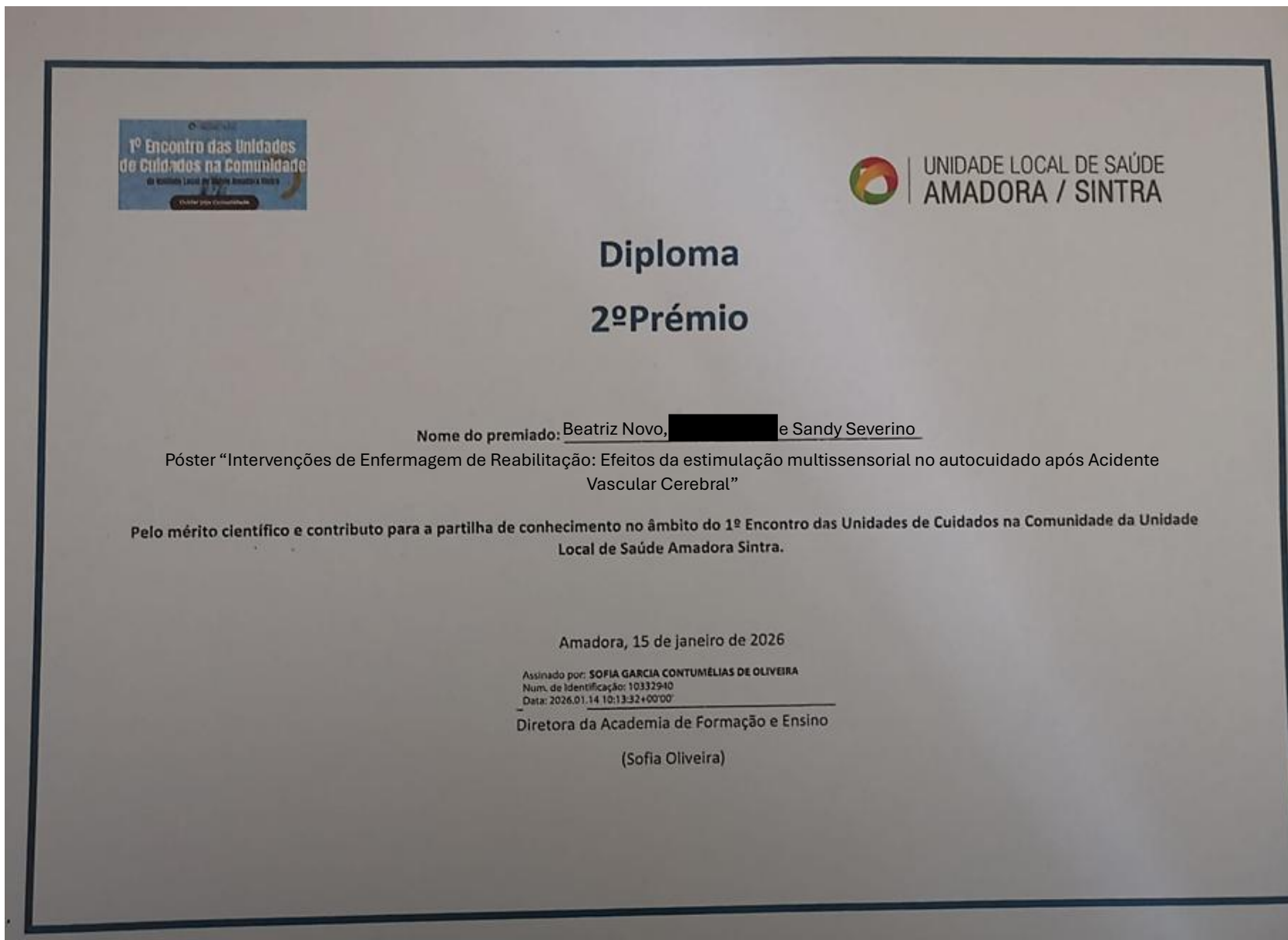
*Excelência em Enfermagem de Reabilitação:  
no caminho da Autonomia e Qualidade de Vida*

[www.aper.pt](http://www.aper.pt)



**Anexo XX |**

Diploma de 2º Prémio para Póster no 1º Encontro das Unidade de Cuidados na  
Comunidade- “Cuidar (n)a Comunidade




Beatriz Antunes Novo- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica  
dlxviii

**Anexo XXI |**





Declaração da Ação de Formação “Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas  
idosas residentes na comunidade”



UCC 

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

### Declaração de Presença



Declara-se que a aluna BEATRIZ NOVO, participou como formadora no âmbito do mestrado em Enfermagem de Reabilitação com o tema: *“Segurança do utente: Prevenção da ocorrência de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade”*,  no dia 16 de Julho de 2025, com a duração de 1 hora, que se realizou na UCC  e com a supervisão da enfermeira de reabilitação  

 04 / 08/ 2025  


Enfermeira Responsável pela Formação



, Enf.ª  
Gestora

UCC  - Equipa pedagógica do 

**Anexo XXII |**

Certificado do Curso *Online “STEADI: Empowering Healthcare Providers to Reduce Fall  
Risk”*





**Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa e Família: Capacitação  
para a Readaptação e Regresso ao Domicílio**

Beatriz Antunes Novo

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA