

MESTRADO
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**Capacitação na transição do contexto hospitalar
para domicílio: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Márcia Correia Ribeiro
2026



MESTRADO
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**Capacitação na transição do contexto hospitalar
para domicílio: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Márcia Correia Ribeiro

Orientação: Prof.^a Doutora Joana Marques

Barcarena, março 2026

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

“A diferença entre o possível e o impossível está na vontade humana.”

Louis Pasteur

AGRADECIMENTOS

A minha gratidão, a todas as pessoas com quem tive a oportunidade de me cruzar nesta partilha de experiências, que me proporcionaram excelentes momentos de aprendizagem ao longo desta caminhada.

De um modo especial:

Aos meus pais, o meu porto de abrigo, obrigada por todo o amor, apoio e carinho em todas as fases da minha vida, mas especialmente nesta caminhada tão desafiante. Obrigada por acreditarem sempre em mim!

Ao Tiago, companheiro de todas as horas, obrigada por esta caminhada lado a lado, pelo apoio, incentivo e suporte todos os dias, incluindo nos dias mais difíceis e conturbados... Sempre e Sempre!

À Beatriz e à Mariana, o meu "A.C.", pela sorte de vos ter encontrado neste percurso e poder ter a oportunidade de caminhar convosco nesta etapa da minha vida, pelo suporte, apoio constante e palavras certas nos momentos certos.

Às minhas Professoras Orientadoras e Enfermeiros Supervisores, obrigada pela disponibilidade, partilha de conhecimento e experiências, pelas orientações e apoio no desenvolvimento desta formação académica.

Aos meus amigos, por serem suporte, amizade e conforto, conversas e gargalhadas, mesmo que à distância.

À minha família, pelo incentivo e apoio nos momentos de partilha ao longo desta caminhada, mesmo nos momentos de maior ausência.

Sem vocês, não seria possível.

Eternamente grata!

RESUMO

Enquadramento: Face à crescente complexidade dos cuidados de saúde, ao envelhecimento populacional e ao aumento da prevalência de doenças crónicas, a Enfermagem de Reabilitação assume destaque com responsabilidade na promoção da independência, promoção da autonomia e na capacitação da pessoa e do prestador de cuidados perante uma situação de transição saúde-doença. No presente Relatório pretende-se analisar a aquisição de competências com base na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação de transição do contexto hospitalar para domicílio.

Objetivos: Analisar, crítica e reflexivamente, o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as competências de mestre; Refletir sobre a aquisição de conhecimentos inerentes ao desenvolvimento de atividades em contextos de Estágios; Compreender a prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com ênfase no desenvolvimento de estratégias de capacitação da pessoa e do prestador de cuidados no processo de transição do contexto hospitalar para domicílio.

Metodologia: Análise crítico-reflexiva acerca do desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre com base numa pesquisa de literatura científica.

Resultados: O presente Relatório evidencia um conjunto de atividades desenvolvidas em contextos de Estágios, com base no conhecimento científico, refletindo assim sobre o efeito e a tendência para os ganhos que os cuidados diferenciados e centrados na pessoa apresentam na capacitação da pessoa para uma transição segura do contexto hospitalar para o domicílio.

Conclusão: Com base na análise crítico-reflexiva realizada no presente Relatório, foi possível evidenciar a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, face às atividades desenvolvidas em Estágio e restante percurso formativo, destacando-se a sua intervenção especializada na capacitação e empoderamento da pessoa/ prestador de cuidados, na promoção da independência e funcionalidade, com base num conhecimento sustentado pela evidência científica.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Capacitação; Autocuidado; Competência Profissional; Cuidado Transicional.

ABSTRACT

Background: Given the growing complexity of healthcare, an ageing population and the increasing prevalence of chronic diseases, Rehabilitation Nursing plays a key role in promoting independence, autonomy and empowerment of individuals and caregivers in situations of health-illness transition. This report aims to analyse the acquisition of skills based on the intervention of Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing in enabling the transition from hospital to home care.

Objectives: Critically and reflectively analyse the development of common skills for Specialist Nurses, specific skills for Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing, and master's skills; Reflect on the acquisition of knowledge inherent to the development of activities in internship contexts; Understand the practice of Rehabilitation Nursing care, with an emphasis on the development of strategies for empowering the person and the care provider in the transition process from the hospital to the home.

Methodology: Critical-reflective analysis of the development of common, specific and master skills based on scientific literature research.

Results: This report highlights a set of activities developed in internship contexts, based on scientific knowledge, thus reflecting on the effect and trend towards the gains that differentiated and person-centred care has in enabling people to make a safe transition from the hospital to their homes.

Conclusion: Based on the critical-reflective analysis carried out in this Report, it was possible to highlight the responsibility of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, in view of the activities carried out during the Internship and the rest of the training course, with emphasis on their specialised intervention in the training and empowerment of the person/caregiver, in promoting independence and functionality, based on knowledge supported by scientific evidence.

Descriptors: Rehabilitation Nursing; Training; Self Care; Professional Competence; Transitional Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
1.1. Perspetivas do envelhecimento populacional e esperança média de vida	25
1.2. Impacto das patologias neurológicas e orto-traumatológicas na funcionalidade e autonomia	27
1.3. Compromisso na qualidade de vida da pessoa idosa: limitações da funcionalidade e autonomia	37
1.4. Da teoria à prática: transição saúde-doença e cuidado centrado na pessoa.....	40
1.5. Promover competências no cuidado: pessoa e prestador de cuidados no processo de reabilitação	46
2. ANÁLISE CRÍTICO- REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	53
2.1. Análise dos Contextos de Estágio	53
2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	60
2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .	73
2.4. Competências de Mestre.....	81
3. ANÁLISE SWOT	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
APÊNDICES	i
APÊNDICE I	iii
Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relato de Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na Comunidade	
APÊNDICE II	xv
Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relato de Caso Clínico do Estágio Profissionalizante	
APÊNDICE III	xxxvii

Consentimento Informado- Relato de Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na Comunidade	
APÊNDICE IV	xli
Consentimento Informado- Relato de Caso Clínico do Estágio Profissionalizante	
APÊNDICE V	xliv
Folheto: Artroplastia Total da Anca: Cuidados Pós-Operatórios após Alta Hospitalar	
APÊNDICE VI	xliv
Folheto: Artroplastia Total do Joelho: Exercícios Pós-Operatório	
APÊNDICE VII	liii
Folheto: Cateterismo Vesical Intermitente: Folheto Informativo	
APÊNDICE VIII	lvii
Formulário: Cateterismo Vesical Intermitente	
APÊNDICE IX	lxiii
Resultados do Formulário: Cateterismo Vesical Intermitente	
APÊNDICE X	lxix
Enquadramento Teórico para elaboração de Folheto Informativo sobre: Intervenção do Enfermeiro na capacitação da pessoa/ prestador de cuidados com cateterismo vesical intermitente	
APÊNDICE XI	lxxvii
Registo Diário de intervenções de Enfermagem de Reabilitação no Estágio de Reabilitação na Comunidade	
APÊNDICE XII	cxii
Relato de Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na Comunidade	
APÊNDICE XIII	clxix
Relato de Caso Clínico do Estágio Profissionalizante	
APÊNDICE XIV	ccxli
“Síntese de conteúdos de <i>Webinar’s</i> ”	

APÊNDICE XV	cclxvii
Guia de Utilização: “Tabuleiro da Reabilitação”	
APÊNDICE XVI	cclxix
Instrumento de Avaliação: “Tabuleiro da Reabilitação”	
APÊNDICE XVII	cclxxiii
Guia de Utilização: “Terapia do Espelho”	
APÊNDICE XVIII	cclxxv
Instrumento de Avaliação: “Terapia do Espelho”	
APÊNDICE XIX	cclxxxi
Plano de Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de Quedas e Promoção de Estratégias”	
ANEXOS	cclxxxvii
ANEXO I	cclxxxix
ESCALA ASIA	
ANEXO II	ccxciii
Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relato de Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na Comunidade	
ANEXO III	ccxcv
Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relato de Caso Clínico do Estágio Profissionalizante	
ANEXO IV	ccxcvii
Certificado “Comissão Organizadora do Encontro de celebração do Dia Nacional do Enfermeiro”	
ANEXO V	ccxcix
Certificado de Participação <i>Webinar</i> : “Gestão, Indicadores e Boas Práticas na Documentação de Enfermagem”	
ANEXO VI	ccci

Certificado de Participação *Webinar*: "Da Emergência à Recuperação: Atuação integrada do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa em Processo Cirúrgico "

ANEXO VII cccliii

Certificado de Participação Seminário: "O presente e o futuro dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação nos Centros Especializados"

ANEXO VIII cccv

Certificado de Participação *Workshop*: "Reabilitação Respiratória: Impacto do treino dos músculos respiratórios"

ANEXO IX ccvii

Certificado de Participação Jornadas: "A transição de Cuidados de Reabilitação"

ANEXO X ccix

Certificado de Participação *Webinar*: "Desafios da Gestão em Enfermagem"

ANEXO XI ccxi

Publicação de Artigo Científico: "*Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling*"

ANEXO XII ccxiii

Certificado de Participação Sessão de Educação para a Saúde: "Prevenção de quedas e promoção de estratégias"

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Referenciais teóricos e cuidados centrados na pessoa: Parceria de cuidados de Enfermagem	46
Figura 2. Esquema Análise SWOT	84

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

ASIA- *American Spinal Injury Association*

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diária

CR- Centro de Reabilitação

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA- Escola Superior de Saúde Atlântica

FITT-VP- Frequência, Intensidade, Tempo, Tipologia, Volume e Progressão

ICN- *International Council of Nurses*

LVM- Lesão Vertebro- Medular

MIF- Medida de Independência Funcional

MNT- Micobactérias não tuberculosas

MRC- *Medical Research Council Muscle Scale*

NER- Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação

PREMs- *Patient-Reported Experience Measures*

PROMs- *Patient-Reported Outcome Measures*

RCC- Relato de Caso Clínico

RNAO- *Registered Nurses Association of Ontario*

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR- Reabilitação Respiratória

SWOT- *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS- Unidade Local de Saúde

WHO- *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) do Estágio Profissionalizante, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), foi desenvolvido o presente Relatório que engloba a componente de avaliação onde é sistematizado o percurso formativo desenvolvido ao longo dos Estágios. Estes ocorreram entre o dia 12 de maio de 2025 e 19 de dezembro de 2025 em três contextos de Estágio distintos, dos quais, um período numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), nomeadamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) durante um período de dez semanas; um segundo período num Centro de Reabilitação (CR) de referência nacional (durante 13 semanas) e, por último num contexto hospitalar de uma Unidade Local de Saúde na Grande Lisboa no serviço de Hospital de Dia de Infeciologia/ Internamento de Pneumologia (com duração de 2 semanas). Assim, os presentes Estágios permitiram desenvolver competências nos processos neurológico, cardiorrespiratório e orto-traumatológico.

O presente Relatório tem como finalidade sistematizar o percurso formativo desenvolvido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, estando assim descritas as atividades desenvolvidas em contexto de Estágio, bem como uma análise crítica e reflexiva acerca dessas mesmas atividades e o desenvolvimento de competências comuns, específicas de Enfermagem de Reabilitação (ER) e de mestre. Com base na reflexão acerca da prática de cuidados, é notória a importância que o desenvolvimento de conhecimento científico na área de Enfermagem representa, sustentando a intervenção do Enfermeiro e a sua atuação, contribuindo assim para a qualidade da *práxis* em Enfermagem e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento enquanto disciplina (Néné & Sequeira, 2022). Atualmente, os cuidados de saúde são considerados cada vez mais complexos, o que conduz obrigatoriamente à evolução do conhecimento e à formação especializada nos cuidados de saúde, incluindo a área profissional de Enfermagem, tendo em vista a capacidade de resposta aos principais desafios e exigências em saúde com base no desenvolvimento de competências essenciais (Oliveira, 2023). Assim, o envelhecimento populacional e a prevalência crescente de doenças crónicas, aliadas às respostas humanas da população, contribuem fortemente e de forma crescente para a necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Martins et al., 2018).

No que concerne à área especializada de ER e aos contextos de exercício profissional da especialidade, a excelência dos cuidados traduz-se em ganhos em saúde nos variados contextos, nomeadamente, na prevenção de incapacidades, na potencialização de capacidades remanescentes e na promoção da autonomia, sendo dotada de conhecimentos próprios dentro dos seus limites e domínios de competência (Gaspar et al., 2021).

É imprescindível um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos, com vista à diferenciação e especialização, nomeadamente através do desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). Assim, desenvolver competências relacionadas com a prestação, gestão e supervisão dos cuidados de Enfermagem nos diversos contextos de Estágio, fomentam o exercício profissional especializado nesta área de formação (Regulamento n.º 140/2019). Enquanto futura EEER, tornou-se fundamental implementar intervenções diferenciadas com base num diagnóstico e ações específicas, com vista à prevenção de complicações, manutenção de capacidades/prevenção de incapacidades, manutenção/recuperação de atividades de vida diária (AVD) da pessoa com deficiência e incapacidades ao nível neurológico, respiratório, ortotraumatológico e/ou cardíaco (Regulamento n.º 392/2019). Face a esta complexidade, o EEER proporciona estratégias de capacitação da pessoa com deficiência, otimizando as suas capacidades e adquirindo outras necessárias, proporcionando assim a sua realização pessoal, inclusão social e exercício de cidadania (Regulamento n.º 392/2019; Vargas et al., 2024). Empoderar a pessoa com deficiência é sinónimo de intervir com foco na sua autonomia, tendo como objetivo readaptar a pessoa/prestador de cuidados, tendo sempre em consideração as suas limitações funcionais (Pereira et al., 2020). Assim, ao longo dos Estágios, tornou-se fundamental a capacitação da pessoa nos seus vários níveis, de modo a atingir o seu potencial de recuperação, mantendo o respeito ético e legal na sua decisão.

No que concerne às competências desenvolvidas para a obtenção do grau de mestre, estas são extremamente importantes, no sentido de adquirir e fundamentar conhecimentos essenciais para aplicar em contextos complexos e diferenciados, como são os cuidados de ER (Decreto-Lei nº65/2018). Tanto no contexto prático no âmbito da comunidade como no CR e no contexto de aquisição de competências na área respiratória, o pensamento crítico e

fundamentado foi um fator essencial no processo de tomada de decisão com vista à prestação de cuidados de ER de qualidade à pessoa e ao prestador de cuidados.

Deste modo, importa referir que o objetivo geral deste Relatório é analisar, de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEER e as competências de mestre através do percurso desenvolvido. Em relação aos objetivos específicos, foram definidos: refletir sobre a aquisição de conhecimentos inerentes ao desenvolvimento de atividades durante os Estágios; compreender a prática de cuidados de ER, com ênfase no desenvolvimento de estratégias de capacitação da pessoa/ prestador de cuidados no processo de transição do contexto hospitalar para domicílio.

Para desenvolver os objetivos de aprendizagem propostos, foi essencial o recurso a uma metodologia para a aquisição de conhecimentos com base em pesquisas de literatura científica em bases de dados/ plataforma de pesquisa (*Pubmed e EBSCOhost*) e em fontes de literatura cinzenta de referência nacional e internacional, selecionando maioritariamente publicações dos últimos 5 anos que se encontram mencionadas ao longo do Relatório. As pesquisas foram realizadas com base nos seguintes descritores: Enfermagem de Reabilitação; Capacitação; Autocuidado; Competência Profissional e Cuidado Transicional.

Por fim, o presente Relatório foi elaborado e estruturado segundo as orientações mencionadas no Guia Orientador de Estágio Profissionalizante (ESSATLA, 2025), bem como no Guia para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações adotado pela ESSATLA (ESSATLA, 2022). O mesmo está estruturado segundo a seguinte sequência: a presente introdução, o primeiro capítulo sobre o enquadramento concetual, onde são desenvolvidos os principais conceitos que fundamentam as atividades realizadas; o segundo capítulo que apresenta a análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas e adquiridas em contextos de Estágio; o terceiro capítulo que diz respeito à análise de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT) e, por último, as conclusões importantes a mencionar sobre os ganhos, dificuldades, estratégias adotadas e recomendações no âmbito da especialidade, seguindo-se os apêndices e anexos em complementaridade ao documento. Importa mencionar que as referências bibliográficas referidas ao longo do trabalho

encontram-se em consonância com a 7ª Edição das Normas da *American Psychological Association* (APA) (Lopes, 2021).

Salienta-se que durante a realização deste mesmo Relatório, foi usada a Inteligência Artificial como recurso na clareza da linguagem e tradução, não sendo a mesma utilizada como ferramenta para gerar informação ou fontes bibliográficas, assumindo a autora a total responsabilidade pela integridade do trabalho desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo tem como principal objetivo apresentar o enquadramento conceptual que emerge dos objetivos traçados e atividades realizadas ao longo dos contextos de Estágio e, conseqüentemente, refletido na elaboração do presente Relatório de atividades desta UC. Deste modo, serão apresentadas definições e contextualizações de conceitos-chave que sustentam o presente trabalho e permitem a sua análise e compreensão detalhada. A formulação de um enquadramento teórico é o alicerce epistemológico que permite o desenvolvimento e contextualização de competências desenvolvidas e adquiridas com base em princípios, modelos e evidência científica capaz de melhorar continuamente os cuidados de ER.

De forma a melhor enquadrar, contextualizar e fundamentar as atividades desenvolvidas, torna-se importante organizar o presente capítulo por diferentes áreas, que se articulam entre si e robustecem o capítulo seguinte, são estas: Perspetivas do envelhecimento populacional e esperança média de vida; Impacto das patologias neurológicas e orto-traumatológicas na funcionalidade e autonomia; Compromisso na qualidade de vida da pessoa idosa: limitações da funcionalidade e autonomia; Da teoria à prática: transição saúde-doença e cuidado centrado na pessoa; Promover competências no cuidado: pessoa e prestador de cuidados no processo de reabilitação.

1.1. Perspetivas do envelhecimento populacional e esperança média de vida

O fenómeno do envelhecimento humano diz respeito a um processo de mudança que se inicia antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida, caracterizado por alterações a nível biológico, psicológico e social que fazem parte do ciclo de vida, sendo expectável que a pessoa vivencie as mesmas, de forma saudável e no máximo período de tempo possível (Gil et al., 2020).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) estima-se que no ano de 2030, uma em cada seis pessoas no mundo será idosa, prevendo-se que o número de pessoas idosas aumente de 771 milhões em 2022, para 994 milhões em 2030 e, no ano de 2050, atinja 1,6 mil milhões (WHO, 2024a).

Em pleno século XXI, o envelhecimento da população é uma realidade não só europeia, como também a nível da população portuguesa, que tem emergido tanto da diminuição da natalidade, como também do aumento da longevidade que é vista como uma das conquistas da humanidade (Cunha et al., 2023; Marques da Costa & Louro, 2023). Segundo dados estatísticos disponibilizados, no ano de 2024 existiam 192,4 idosos por cada 100 jovens, com uma taxa de variação de 4,3% face ao ano de 2023, colocando Portugal como o 2.º país com o índice de envelhecimento mais acentuado no *ranking* da União Europeia (PORDATA, 2024).

O aumento do índice de envelhecimento da população portuguesa deve-se à evolução demográfica com o aumento significativo da esperança média de vida e da redução da taxa de natalidade (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024). É de notar que a esperança média de vida à nascença cresceu 4,5 anos no triénio 2018-2020, sendo que em igual período, a esperança média de vida aos 65 anos aumentou 2,6 anos (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Observa-se a necessidade de promover um envelhecimento com qualidade, garantindo condições materiais/ sociais e cuidados de saúde adequados, uma vez que Portugal apresenta um valor mais baixo de anos de vida saudável em relação à União Europeia, demonstrando assim que o aumento da esperança média de vida não tem acompanhado o melhor estado de saúde (Marques da Costa & Louro, 2023; Tavares et al., 2023).

Apesar das pessoas viverem mais anos, apresentam alterações decorrentes do seu processo de envelhecimento, como por exemplo, diminuição/ perda de força e movimento musculares, diminuição do equilíbrio, sarcopenia, perda de peso involuntária, que começam a ser mais evidentes a partir dos 60 anos de idade, progredindo de forma variável de pessoa para pessoa, tornando-a mais frágil e vulnerável (Lima, Martins, Ferreira, Sampaio et al., 2021).

O declínio progressivo das funções biológicas conduz ao surgimento de doenças relacionadas com a idade, como é o caso de doenças cardiovasculares, distúrbios músculo-esqueléticos, doenças neurodegenerativas e cancro (Z. Li et al., 2021). A prevalência de doenças crónicas lidera os focos de atenção das entidades reguladoras da saúde nacional e internacionalmente (Padilha, 2022). Aliado a esta realidade, também os avanços que se verificam no âmbito da investigação, proporcionaram melhores métodos de tratamentos que permitem a diminuição das taxas de mortalidade associadas a doenças com elevadas taxas de letalidade, contribuindo assim para o controlo das doenças crónicas (Patel & Yeboah, 2024). A par destes progressos,

também a melhoria das condições socioeconómicas têm-se refletido na vida das pessoas, quer a nível pessoal, quer da comunidade, correspondendo assim ao aumento da esperança média de vida e envelhecimento populacional, que se verifica tanto a nível nacional como internacional (Martins et al., 2018).

Face ao exposto, os programas que promovam o envelhecimento ativo são imprescindíveis junto da população por forma a melhorar as suas condições de saúde e estilos de vida saudáveis, sendo este um dever, foco e responsabilidade dos profissionais de saúde e que exige orientações na sua prática (Faria, Martins, Ribeiro & Gomes, 2020; Vieira et al., 2023). Assim, face ao envelhecimento populacional e ao aumento da longevidade que se verifica atualmente, torna-se urgente promover o envelhecimento ativo e saudável, minimizando a fragilidade e o declínio funcional a que estão sujeitos (Faria, Martins, Laredo- Aguilera et al., 2021). É de notar que a promoção de um envelhecimento saudável, conduz ao desenvolvimento de projetos integrados e centrados nas respostas humanas das pessoas com mais de 65 anos e não nos modelos baseados na doença (Vieira et al., 2023).

1.2. Impacto das patologias neurológicas e orto-traumatológicas na funcionalidade e autonomia

No presente subcapítulo, considerou-se pertinente abordar aspetos teóricos inerentes a patologias predominantes na pessoa idosa aquando das experiências vivenciadas nos diversos contextos de Estágio, nomeadamente: Fratura do fémur, na sequência da ocorrência de quedas; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Lesão Vertebro- Medular (LVM) e patologias respiratórias.

Primeiramente, importa referir que aquando do processo de envelhecimento da pessoa surgem alterações anatómicas e fisiológicas, nomeadamente visuais e auditivas, do sistema nervoso central, do sistema cardiovascular e alterações do sistema muscular e esquelético que se traduzem num risco de queda aumentado (Gomes et al., 2019). Assim, o evento adverso denominado como queda, caracteriza-se como a descida de posição do corpo, entre um nível superior e um nível inferior, devido à perda de equilíbrio ou impossibilidade de sustentar os pesos e manter o corpo na posição vertical (Fernandes et al., 2020). Segundo a *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO), o impacto físico também pode ser acompanhado por perda de independência e qualidade de vida da pessoa, causando uma série de efeitos

negativos, como por exemplo, falta de confiança, ansiedade, medo de cair posteriormente, com consequências na atividade física, isolamento social, fraqueza muscular e, por conseguinte, maior risco de ocorrência de novas quedas (RNAO, 2017).

Em Portugal, estima-se que 70% das lesões que conduzem a população idosa a recorrer ao serviço de urgência, está relacionado com a ocorrência de quedas, sendo que a nível europeu este fenómeno está presente num terço da população com mais de 65 anos de idade, comprometendo a qualidade de vida da população, considerando-se a segunda causa de morte não intencional (B. Novo, Ribeiro, Bação, Andrade et al., 2025). Existem fatores de risco que conduzem à ocorrência de quedas que são classificados como fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo que os intrínsecos estão relacionados com a saúde da pessoa idosa (por exemplo, idade avançada, polimedicação, alterações visuais e auditivas, alterações da função motora) e os fatores extrínsecos estão relacionados com o ambiente doméstico e de lazer (por exemplo, iluminação inadequada, barreiras arquitetónicas, escadas, pavimento irregular) (B. Novo, Ribeiro, Bação, Andrade et al., 2025; Direção-Geral de Saúde, 2012).

Segundo Gomes et al. (2019), uma em cada cinco quedas na pessoa idosa carece de cuidados hospitalares, sendo que uma em cada vinte quedas resulta em algum tipo de fratura, sendo responsáveis pelo impacto na independência da pessoa, resultando em incapacidade da mesma, afetando assim de forma significativa a qualidade da pessoa idosa e do seu prestador de cuidados. Nesta faixa etária da população, e dada a fragilidade óssea, as lesões podem resultar de baixos impactos, como é o caso das quedas da própria altura (Becker et al., 2022).

A principal consequência deste tipo de ocorrências está relacionada com lesões ósseas e musculares e neste contexto, destaca-se o aumento de fraturas do fémur que poderão comprometer a independência funcional e limitações nas AVD da pessoa idosa (A. Sousa et al., 2024; Sá & Santos, 2019). A fratura do fémur é uma das lesões traumáticas mais comuns dado ser o osso com maior capacidade de carga durante o movimento, o que também se traduz em períodos de internamento e reabilitação mais prolongados, e dificuldades na alta para o domicílio dada a elevada dependência e diminuição da funcionalidade (Lobo & Vítor, 2024). É definida como um dano na continuidade óssea ou fratura da coxa, devido ao esforço físico aumentado ou à pressão externa, apresentando manifestações como dor, rotação externa e encurtamento do membro afetado e limitações no movimento articular, sendo

classificadas como fraturas instáveis ou estáveis conforme o alinhamento dos fragmentos ósseos, mas em ambos os casos o tratamento de eleição é a intervenção cirúrgica (Oktavia et al., 2020; Palma et al., 2021). Nestes casos, melhorar a amplitude do movimento da articulação coxofemoral, melhorar a força muscular, e, posteriormente, restaurar a marcha, são aspetos a ter em consideração no processo de reabilitação com a pessoa, que conforme a gravidade da lesão poderá apresentar qualidade de vida diminuída, implicações a nível mental e psicológico, necessidade de institucionalização e, nos casos mais graves, ser um acontecimento fatal e resultar na morte da pessoa (A. Sousa et al., 2024; Lobo & Vítor, 2024; Palma et al., 2021). No entanto, e dado que o tratamento deste tipo de lesões está associado a períodos de internamento prolongados e de imobilidade, pode verificar-se risco aumentado de complicações como por exemplo, broncopneumonias, infeções do trato urinário, úlceras por pressão, desequilíbrio hidroeletrólítico, entre outras (Palma et al., 2021).

Assim, o processo de reabilitação no período pós-operatório está associado a um programa com abordagem transdisciplinar, sendo que os objetivos estão relacionados com a melhoria da qualidade de vida, melhoria dos conhecimentos e capacidades da pessoa e promoção da independência, prevenindo complicações e reduzindo o tempo de internamento hospitalar (Lobo & Vítor, 2024). Para tal, é imprescindível a avaliação inicial em relação à funcionalidade da pessoa, do potencial de recuperação, suporte sociofamiliar e avaliação dos recursos existentes no domicílio/ comunidade, sendo fundamental a intervenção profissional com base em conhecimentos científicos, procedimentos e competências adquiridas com impacto na recuperação e capacitação para o autocuidado, com máxima funcionalidade e independência, sustentado por uma comunicação terapêutica e relação de confiança com a pessoa e prestador de cuidados (Matos & Simões, 2020; Oktavia et al., 2020).

Associado ao envelhecimento progressivo da população, verifica-se um número crescente de internamentos de pessoas com doenças circulatorias, com um aumento de internamentos por AVC (J. Santos et al., 2020). É considerado como a primeira causa de morte em Portugal, com elevada morbidade e associado a consequências sociais, pelo que carece de implementação de estratégias para a prevenção, tratamento e reabilitação precoce da pessoa (Matos & Simões, 2020).

Esta patologia diz respeito a uma disfunção vascular, de origem hemorrágica ou isquémica, que pode atingir o encéfalo em várias regiões e traduzir-se em défices neurológicos, sensoriais e motores (Salvado et al., 2018). Sendo caracterizada por perda da função motora num dos lados do corpo (parcial ou total), a marcha e o equilíbrio estão comprometidos, o que causa impacto na realização das AVD (Salvado et al., 2018). Um episódio de AVC traduz-se em sinais/sintomas com compromisso neurológico, como é o caso da diminuição da força muscular do lado afetado, descoordenação, alterações da linguagem (afasia), alterações da visão, ataxia, disartria, disfagia, entre outras, que poderão atingir alterações da função cognitiva e do estado de consciência (J. Santos et al., 2020). Por sua vez, a perda do controlo da mobilidade do tronco, considerada a base do movimento, apresenta impacto direto nas transferências, marcha e equilíbrio, sendo que a pessoa apresenta um risco de queda aumentado (Rocha et al., 2020). As quedas na pessoa idosa com AVC estão associadas a períodos de tratamento mais prolongados e com mais custos significativos, sendo fundamental avaliar o risco de queda, por exemplo, tendo na sua base escalas de avaliação existentes e validadas, de forma a minimizar o risco de ocorrência deste fenómeno traumático (X. Li et al., 2025).

O período de hospitalização na pessoa idosa com AVC está associado a complicações por imobilidade, nomeadamente úlceras por pressão, embolia pulmonar, trombose venosa profunda e declínio funcional, o que apresenta influência na capacidade da pessoa para o autocuidado (Matos & Simões, 2020). Deste modo, a reabilitação motora deverá incluir, por exemplo, mobilizações e automobilizações, treino de equilíbrio, treino de marcha, exercícios com o prestador de cuidados e treino com produtos de apoio (precocemente), com o objetivo de manter ou recuperar funções remanescentes (físicas, psicológicas e sociais), aliado à reabilitação cognitiva que apresenta acentuado impacto na autonomia da pessoa e no autocuidado (Matos & Simões, 2020).

Assim, a pessoa com AVC carece de uma intervenção precoce e contínua, na medida em que é necessário contribuir para a restauração da funcionalidade, autonomia e reintegração no meio envolvente enquanto cidadão (J. Santos et al., 2020; Rocha et al., 2020). Em simultâneo, a perspetiva do prestador de cuidados deverá ser tomada em consideração, não capacitando somente a pessoa, mas também o elemento de referência, de forma a melhorar as competências enquanto cuidador (Raposo et al., 2020).

Em relação à pessoa com patologia LVM, esta foi uma das mais predominantes no contexto do Estágio Profissionalizante, sendo considerado um serviço de referência no tratamento à pessoa com LVM. Como tal, considera-se pertinente relacionar aspetos anátomo-fisiológicos inerentes a esta patologia, por forma a compreender o impacto na funcionalidade e autonomia da pessoa e do prestador de cuidados.

A coluna vertebral é uma estrutura óssea e flexível, dividida nas seguintes regiões: cervical (C1-C7); torácica (T1- T12); lombar (L1- L5); sagrada (S1- S5) e coccígea (4 vértebras), em que cada vértebra é formada por um corpo (parte anterior), um arco (parte posterior) com apófises transversas e apófise espinhosa, lâminas e pedículos, sendo que entre cada vértebra, localizam-se os discos intravertebrais, definidos como estruturas flexíveis que permitem a mobilidade da coluna vertebral e absorção de energias (choque) (Ordem dos Enfermeiros, 2009; VanPutte et al., 2017). Além desta função de proteção, a coluna vertebral apresenta também funções de suporte do peso e movimento da cabeça e do tronco, permite os nervos raquidianos surgirem da medula espinhal e proporciona locais de inserção para os músculos (Ordem dos Enfermeiros, 2009). No entanto, existem novas condições na coluna vertebral que surgem de lesões traumáticas, postura corporal incorreta ou por doenças, que podem alterar a curvatura normal da coluna, originando cifoses (aumento da curvatura posterior na região torácica), lordoses (curvatura acentuada na área lombar anterior) e escolioses (acentuada curvatura lateral em qualquer região da coluna vertebral), que podem ser responsáveis pelo desconforto e transtorno da função da coluna vertebral (Nascimento et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A medula espinhal, órgão integrante do sistema nervoso central, e protegida pela coluna vertebral, é o principal meio de transmissão de informações motoras e sensoriais entre o cérebro e o corpo (Nascimento et al., 2023; Rupp et al., 2019). Estende-se desde o cérebro até ao nível da segunda vértebra lombar, terminando sob forma de cone, sendo que as fibras nervosas continuam até à região sacro (cauda equina) (VanPutte et al., 2017). É composta por segmentos cervicais, torácicos, lombares e sacrais, de acordo com a região da coluna vertebral em que os nervos estão inseridos, dando origem a 31 pares de nervos raquidianos, que derivam da coluna vertebral através de forames intravertebrais e sacrais (VanPutte et al., 2017). Importa mencionar que cada nervo raquidiano é constituído por um feixe de axónios, células de *Schwann* e bainhas de tecido conjuntivo (VanPutte et al., 2017).

Cada segmento da medula, denominado por metâmero, é responsável pela inervação de determinada área da pele (dermatomo) e por um conjunto específico de músculos, sendo possível por meio de células nervosas (neurónios) que compõem os nervos raquidianos (Ordem dos Enfermeiros, 2009; VanPutte et al., 2017). Este conjunto de fibras são constituídas por axónios, que conduzem determinadas informações, consoante a zona da medula em que se encontram, o que explica o impacto que uma lesão na medula poderá apresentar nas diversas funções de determinada área corporal (VanPutte et al., 2017).

Assim, importa considerar que a LVM é uma síndrome neurológica caracterizada pela interrupção da função normal da medula espinhal, podendo ser temporária ou permanente, com perda de função motora e sensibilidade associada e, consoante o tipo de lesão, poderá afetar a função de múltiplos órgãos (Dantas et al., 2012; Tholl et al., 2020). É considerado um evento crítico que afeta gravemente as capacidades e funções da pessoa e, frequentemente, de forma irreversível, sendo que a sua etiologia difere consoante o país, etnia, idade e género estimando-se afetar cerca de 500 mil pessoas anualmente em todo o mundo (S. Sousa et al., 2022; Tholl et al., 2020). A sua classificação divide-se em duas categorias: lesões traumáticas (devido a acidentes rodoviários, agressões, quedas, mergulho, entre outros) e não traumáticas (por malformações congénitas, tumores, infeções, doenças degenerativas e outras), resultando de processos de concussão, contusão, laceração, secção transversal, hemorragia e diminuição da componente sanguínea na medula espinhal (Faleiros et al., 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2009). Em relação às consequências desta patologia na pessoa, estas podem ser avaliadas do ponto de vista biológico, psicológico e social, dando origem a diversos desafios com elevada complexidade na vida da pessoa (S. Sousa et al., 2022). As principais manifestações estão relacionadas com paralisia ou parésia dos membros, alteração do tónus muscular, alteração dos reflexos e da sensibilidade, perda do controlo de esfíncteres (vesical e intestinal), disfunção sexual, dor neuropática, úlceras por pressão, entre outras (Xavier et al., 2024).

Este tipo de lesão pode ser classificada como lesão incompleta (quando existe alguma função motora e/ou sensitiva abaixo do nível de lesão) ou completa (quando se verifica que existe perda completa das funções motoras e sensitivas abaixo do nível de lesão), e consoante o segmento neurológico afetado, podem ser classificadas em tetraplegias (em lesões acima de T1, causando alterações sensitivas e motoras a partir do segmento cervical) e paraplegias

(decorrentes de lesões nos segmentos torácico, lombar, sacral, cauda equina e cone medular, em que se observa paralisia completa ou parcial do tronco, órgãos pélvicos e membros inferiores) (Faleiros et al., 2021; Henriques & Fumincelli, 2023).

Com o objetivo de determinar o nível de lesão, a *American Spinal Injury Association (ASIA)*, desenvolveu um instrumento (Anexo I) que consiste num exame físico detalhado que avalia a secção medular afetada (nível neurológico), funções neurológicas afetadas e a evolução da lesão decorrente de avaliações a partir dos dermatómos (nível sensitivo) e miótomos (nível muscular/motor) de cada hemisfério corporal (E. Sousa et al., 2023). Em termos gerais, as lesões são classificadas como lesões neurológicas completas ou incompletas, dependendo da preservação dos segmentos sagrados (Rupp et al., 2019).

A mesma está dividida em 5 graus de lesão, dos quais:

- ASIA “A”: não se avalia função motora ou sensitiva, incluindo nos segmentos sagrados S4-S5- lesão completa;
- ASIA “B”: verifica-se função sensitiva abaixo do nível de lesão, mas não se verifica função motora até aos segmentos sagrados S4-S5- lesão sensorial incompleta;
- ASIA “C”: a função motora está preservada abaixo do nível neurológico, com contração voluntária do esfíncter anal e a maioria dos músculo-chave abaixo do nível apresentam força muscular inferior a 3, numa escala de força entre 0 e 5- lesão motora incompleta;
- ASIA “D”: existe função motora abaixo do nível neurológico, sendo que, pelo menos metade dos músculo-chave apresentam força muscular igual ou superior a 3, numa escala entre 0 e 5- lesão motora incompleta;
- ASIA “E”: as funções motoras e sensitivas são normais, não apresentando alterações à avaliação (Rupp et al., 2019).

É de referir que a Escala ASIA é considerada um instrumento imprescindível na avaliação da pessoa com LVM classificando-a em diversos graus, o que permite a sua utilização nas diferentes fases de tratamento e, por conseguinte, maximiza a recuperação e minimiza os riscos associados à LVM, apresentando um elevado contributo para a *práxis* clínica (Nascimento et al., 2023).

No que concerne ao movimento muscular, a alteração da mobilidade da pessoa com LVM está relacionada com o tipo e extensão da lesão neurológica, conduzindo a repercussões na função musculoesquelética e limitações funcionais que causam impacto no grau de dependência para as AVD e para o autocuidado da pessoa (Clares et al., 2021). Por conseguinte, o fenómeno de ocorrência de quedas é também um fator importante a ter em consideração na pessoa com LVM, uma vez que na fase aguda a pessoa apresenta um conjunto de condições que aumentam o risco deste evento, como é o caso da fraqueza muscular, alterações do equilíbrio, hipotensão ortostática, depressão e polimedicação, entre outras (S. Sousa et al., 2022).

A alteração de interrupção de estímulos nervosos na medula espinhal reflete-se no bloqueio das mensagens provenientes da bexiga e/ou intestino emitidas para o cérebro devido a danos/doenças do sistema nervoso central, conforme a extensão da mesma, o que poderá provocar alterações no autocuidado: eliminação (Clares et al., 2021; Xiang et al., 2023). Relativamente às alterações na eliminação urinária, podem dar origem ao conceito de bexiga neurogénica, caracterizado pela redução/ perda de sensibilidade vesical e esvaziamento incompleto, associado a um quadro de hipocontralidade ou hiperatividade do detrusor, aumentando o risco de refluxo vesical e uretral, infeções do trato urinário, cálculos renais e, em casos mais graves, à perda de função renal (Miranda et al., 2020). Face a esta problemática, o cateterismo vesical intermitente é um método de esvaziamento da bexiga, sendo uma técnica importante para o treino vesical, com os objetivos de restaurar a capacidade vesical e a função de contração vesical (Miranda et al., 2020; Xiang et al., 2023). No entanto, e apesar de ser considerado o tratamento de eleição, a escolha do método mais indicado para a pessoa com LVM está dependente de vários fatores, como por exemplo, habilidades motoras e cognitivas da pessoa e do prestador de cuidados, anatomia do trato urinário inferior, estilo de vida após período de internamento e o acesso a cuidados de saúde (S. Sousa et al., 2022). Relativamente às alterações da eliminação intestinal, denominado como intestino neurogénico, caracteriza-se por uma lesão do sistema nervoso central em que ocorre uma interrupção das vias nervosas que conectam o cérebro, a medula espinhal e o tubo digestivo inferior, apresentando complicações intestinais que podem ser manifestadas por distensão e desconforto abdominal, obstipação, incontinência fecal entre outras, afetando cerca de 70% a 80% das pessoas com LVM, sendo que aproximadamente 47% relatam sintomas moderados a graves (B. Novo, Ribeiro, Bação, Severino et al., 2025; S. Sousa et al., 2022). Perante este tipo de situações, é

comum o recurso a fármacos para estabelecer um programa de eliminação como é o caso da administração de supositórios de glicerina (diariamente, de 2/2 dias ou de 3/3 dias, conforme hábitos e estilo de vida da pessoa na fase prévia à LVM) e expansores de volume, que demonstram efeito na capacidade de esvaziamento reflexo do intestino (Henriques & Fumincelli, 2023). Outros métodos de manobras de esvaziamento intestinal estão associados à dieta para reabilitação intestinal e prática de exercício físico, manobra de *Valsalva*, massagem abdominal, massagem perianal, toque retal e extração manual de fezes (Faleiros et al., 2021).

Quando se abordam questões relacionadas com as complicações decorrentes da LVM, é fundamental fazer referência a um evento raro, mas de urgência clínica e abordagem imediata, conhecida como disreflexia autonómica, que pode desenvolver-se em pessoas com lesão medular acima de T6 (nível cervical e dorsal alto) e, caso o tratamento não seja imediato, poderá desencadear convulsões, AVC e até morte (Ordem dos Enfermeiros, 2009; Sullivan et al., 2025). Esta complicação resulta de uma resposta anómala do sistema nervoso autónomo devido a um estímulo nocivo periférico e distal do nível de lesão, originando uma crise aguda potencialmente fatal, sendo pouco frequente na fase aguda (após o choque medular) e mais frequente alguns anos após a lesão (Henriques & Fumincelli, 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Existem estímulos que predis põem a ocorrência de disreflexia autonómica, como ponto de partida urinário (retenção urinária, infeção do trato urinário, cálculos renais), intestinal (fecalomas), úlcera por pressão, onicocriptose, dismenorrea e estímulos externos (roupa/sapatos apertados, objetos no leito) (Henriques & Fumincelli, 2023). Assim, existem sinais e sintomas que se instalam de forma aguda neste efeito fisiopatológico, entre os quais: hipertensão arterial (até 220mmHg de tensão arterial sistólica), bradicardia, cefaleia intensa, ansiedade, broncospasmo, visão turva, tonturas, náuseas e palidez (Harmison et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2009). Já no que se refere a consequências com maior risco fatal, poderão verificar-se convulsões, edema agudo do pulmão, AVC, enfarte do miocárdico e paragem cardíaca (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Segundo Clares et al. (2021), o evento da LVM implica múltiplas mudanças com impacto significativo na vida da pessoa, demonstrando dificuldade em gerir emoções e adotar

estratégias para lidar com a nova condição de vida, sendo considerado que a depressão é uma condição de saúde mental potencial à pessoa com LVM no período pós lesão, ou seja, num período mais vulnerável em que o bem-estar psicológico se encontra potencialmente afetado. A presença de sentimentos como o sofrimento, tristeza, ansiedade, frustração e impotência demonstram ser aspetos psicológicos e comportamentais que necessitam de atenção e compreensão pelos profissionais de saúde e prestadores de cuidados, por forma a lidar com a fragilidade decorrente da sua situação de saúde (Xavier et al., 2024).

Associado ao processo de envelhecimento, surgem alterações multiorgânicas que podem contribuir fortemente para o declínio funcional e, por conseguinte, uma maior fragilidade a nível cardiorrespiratório com impacto na redução da complacência torácica, do reflexo de tosse, no aumento do risco de infeções pulmonares, na redução da capacidade vital e, em termos globais, na realização de AVD (Alves & Grilo, 2022). Assim, surge a importância da Reabilitação Respiratória (RR), definida como uma intervenção baseada em evidência científica que é dirigida a pessoas portadoras de doença respiratória crónica, com sintomatologia associada e, frequentemente com compromisso das suas AVD, tendo por objetivo reduzir sintomas, melhorar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos, por meio da manutenção/ diminuição das manifestações da doença (Direção-Geral da Saúde, 2009; Nici et al., 2006). Os principais componentes dos programas de RR são o treino de exercício físico, educação para a saúde, reabilitação funcional respiratória, avaliação nutricional e suporte psicossocial, baseados numa perspetiva transdisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Uma das patologias mais prevalentes que carecem de intervenção de RR é a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), considerada a quarta principal causa de morte mundial, responsável por 3,5 milhões de óbitos no ano de 2021, mais precisamente 5% do total de mortes (WHO, 2024b). Além de apresentar manifestações do ponto de vista pulmonar pelo processo inflamatório, a DPOC apresenta também alterações a outros níveis como é o caso das alterações musculoesqueléticas, intolerância ao exercício físico e impacto na qualidade de vida, sendo que na população idosa a prevalência destas condições conduz a um aumento de episódios de exacerbação, hospitalização e mortalidade (Casado et al., 2022; Rita Ribeiro et al., 2023). Neste âmbito, os objetivos da RR na pessoa com DPOC são: melhorar o controlo da dispneia em complemento ao tratamento farmacológico, melhorar a tolerância ao exercício

físico e melhorar a qualidade de vida relacionada com a situação de saúde (Casado et al., 2022).

Face ao explanado ao longo do presente subcapítulo, e evidenciando as múltiplas patologias orto-traumatológicas, cardiorrespiratórias e neurológicas, estas traduzem-se em consequências decorrentes do processo de envelhecimento, muitas vezes, associadas à ocorrência de quedas que conduzem a limitações na funcionalidade, autonomia e autocuidado da pessoa idosa, determinantes para a realização de AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Deste modo, considera-se pertinente abordar conceitos, bem como o seu impacto e co-relação existente com os eventos, decorrentes do avanço da idade de cada pessoa.

1.3. Compromisso na qualidade de vida da pessoa idosa: limitações da funcionalidade e autonomia

O *International Council of Nurses* (ICN) definiu o autocuidado como um conjunto de necessidades que a pessoa reúne para manter a sua vida e o seu bem-estar, atendendo assim às suas respostas humanas e realizando as suas AVD, sendo considerado como intrínseco e singular a cada pessoa (ICN, 2019).

Neste âmbito, surge um desafio importante junto da população idosa, relacionado com a promoção de um envelhecimento ativo, potenciando as suas AVD e, conseqüentemente, o seu autocuidado a partir de atividades que promovam a perceção sobre a sua situação de saúde (F. Teixeira, Saraiva et al., 2023). No entanto, com o aumento da longevidade que se destaca nos mais recentes estudos, verifica-se que a condição de fragilidade junto da pessoa idosa é uma realidade, resultado do seu declínio físico, psicológico e social que interfere na sua condição de saúde (Faria, Martins, Laredo- Aguilera et al., 2021).

Importa referir que a fragilidade é considerada como uma condição em progressão no processo de envelhecimento, tendo cada vez mais destaque devido à frequência da sua ocorrência e às consequências, necessitando de intervenção junto da população idosa por não ser considerada como uma condição inevitável durante o envelhecimento (Faria, Martins, Laredo- Aguilera et al., 2021). A identificação precoce é fundamental, para uma atuação/intervenção antecipada e eficaz face a alterações, entre outras, como a perda de peso involuntária, exaustão, alterações do equilíbrio e da marcha e, conseqüentemente diminuição

da atividade física associada a risco de declínio funcional, risco de ocorrência de quedas, hospitalização e em condições extremas, morte (Gil et al., 2020). Estes sinais e sintomas de vulnerabilidade, com base em fatores internos e externos associados, são indicadores de incapacidade para realização do autocuidado (F. Teixeira, Saraiva et al., 2023).

O declínio funcional da pessoa idosa poderá ser precedido por um período de hospitalização e imobilidade no leito associada, independentemente da patologia que conduziu ao internamento, sendo este um fator de risco acrescido para a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, com repercussões na capacidade para realizar AVD de forma independente e aumento de complicações a nível físico, psicológico e social (Mendes et al., 2023). Deste modo, e sendo a fragilidade um problema de saúde pública, a identificação de fatores de risco que afetam a capacidade funcional e cognitiva, bem como a realização de AVD e AIVD, são primordiais para a prevenção desta síndrome (Faria, Martins, Laredo- Aguilera et al., 2021). No entanto, o aumento da dependência funcional está relacionado com readmissões em contexto hospitalar, maior duração dos internamentos, aumento da morbilidade, aumento de complicações clínicas e da mortalidade, que resultam em complicações como a depressão, ansiedade e diminuição da qualidade de vida (Mendes et al., 2023).

Em consequência deste declínio funcional, decorrente do processo de envelhecimento, a pessoa adquire uma deficiência física com uma expressão mais acentuada e com grande impacto na sua vida, pelo que a fragilidade da pessoa idosa é considerada um fenómeno complexo e dinâmico que abrange conceitos como funcionalidade e incapacidade, limitação e restrição da atividade, tendo em conta fatores externos como o contexto em que a pessoa está inserida (Pereira et al., 2020). Além das deficiências adquiridas ocorrerem no processo de envelhecimento, estas também surgem em todo o ciclo de vida, como por exemplo, em situações de doenças crónicas ou ocorrência de quedas, no entanto o seu impacto na vida da pessoa, é pautado por limitações devido a vários fatores (ambientais, físicos, psicológicos, entre outros), traduzindo-se na participação das suas AVD (Pereira, Martins, Pereira et al., 2025).

Associado ao fenómeno de fragilidade, também poderá estar relacionado a falta de autonomia, sendo este um fator importante junto da pessoa idosa, dado que no processo de envelhecimento a sua autonomia poderá estar comprometida e, em muitas situações, não ser

possível regressar ao seu estado prévio (Lima, Martins, Ferreira, Sampaio et al., 2021). O conceito de autonomia é multidimensional, incluindo aspetos acerca do estado cognitivo, estado emocional, interação social e condição intelectual e física, sendo necessário o equilíbrio entre estas condições para que seja possível a pessoa tornar-se independente (Lima, Martins, Ferreira, Coelho et al., 2021; Lima, Martins, Ferreira, Sampaio et al., 2021). A promoção da autonomia da pessoa assume contornos essenciais na promoção do conhecimento, com impacto direto na qualidade de vida através da motivação que a pessoa apresenta para controlar o seu comportamento e tomar decisões acerca de si e da sua vida (Lima, Martins, Ferreira, Coelho et al., 2021). Para tal, é importante promover a inclusão social, que não se traduz apenas em proporcionar as mesmas condições a todas as pessoas, mas também a sua participação em atividades e deveres com base em relações interpessoais que promovam a sua participação ativa na sociedade (Pereira et al., 2020).

Tendo em consideração que a ausência temporária ou permanente de capacidade funcional é determinante para o autocuidado, importa clarificar os conceitos de dependência e funcionalidade (Petronilho et al., 2021). No que concerne à definição de dependência, esta é caracterizada como uma condição de saúde em que a pessoa não é capaz de desempenhar as suas AVD e autocuidado sem a ajuda de outro, sendo oposto ao conceito de independência, relacionado com a capacidade de realizar todas as atividades sem a ajuda de terceiros, demonstrando capacidade de satisfazer as suas próprias respostas humanas de forma independente (Oliveira, 2023). Já o conceito de funcionalidade define-se como a capacidade que a pessoa apresenta para realizar atividades essenciais, interagir com o meio envolvente e integrar-se socialmente (Decreto-Lei nº 101/2006). Ambos os conceitos referidos anteriormente são considerados imprescindíveis no autocuidado da pessoa e, por sua vez, determinantes na avaliação diferenciada no âmbito da capacidade funcional (Petronilho et al., 2021).

Assim, o autocuidado é um conceito importante a ter em consideração aquando da prestação de cuidados em Enfermagem (F. Teixeira, Saraiva et al., 2023). A fragilidade e a vulnerabilidade que a pessoa está sujeita no processo de envelhecimento, conduz a que a prestação de cuidados tenha por base uma avaliação enquanto ser único e incomparável com base numa relação de reciprocidade e aprendizagem mútua (Montez & Barros, 2024). Por sua vez, a promoção da autonomia é um desafio para a disciplina de Enfermagem, sendo uma

competência acrescida para a especialidade de ER, através da promoção da capacidade física, cognitiva e de inclusão social (Lima, Martins, Ferreira, Sampaio et al., 2021).

1.4. Da teoria à prática: transição saúde-doença e cuidado centrado na pessoa

Ao longo da vida, a pessoa está sujeita a inúmeras situações potenciadoras de *stress* e mudanças, assumindo a passagem de um estado, condição ou lugar para outro, que exige resposta aos estímulos a que a pessoa está exposta, em modo de defesa, por forma a estabilizar e a readaptar-se face às situações e, assim, decorre o processo de transição (E. Santos et al., 2015; Montez & Barros, 2024). Quando se está perante a passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, é exigido que a pessoa adquira/ altere um conjunto de conhecimentos e significados, o que conduz a que a pessoa redefina o seu papel no meio social em que está inserida, sendo que também as pessoas que acompanham este processo de mudança estão sujeitas a este processo (Montez & Barros, 2024).

Na área da saúde, as transições de saúde-doença são um exemplo comum e com duas perspetivas diferentes, que consistem na mudança de um estado de saúde ou bem-estar para uma situação de doença (aguda ou crónica) ou, a alteração de um estado de doença para o bem-estar (E. Santos et al., 2015). Este processo complexo acarreta um conjunto de mudanças a nível físico, psicológico, emocional e social, influenciando profundamente a vida da pessoa e da sua rede de apoio, com especial destaque para a gestão da componente emocional, que se apresenta como um elemento fundamental no suporte e adaptação, promovendo a identificação, compreensão, expressão de emoções e, por conseguinte, a sua resiliência (Montez & Barros, 2024).

Aquando de uma situação de doença aguda e com gravidade aumentada, esta conduz a que a pessoa sofra alterações na sua vida e, por conseguinte, pode surgir a necessidade de hospitalização com transições entre vários serviços de saúde, sendo este considerado como um período vulnerável, nomeadamente em casos de múltiplas comorbilidades, tratamentos complexos e limitações do prestador de cuidados (Bernardino et al., 2022). Deste modo, os Enfermeiros assumem a responsabilidade de agentes facilitadores no processo de transição de saúde-doença, demonstrando disponibilidade, escuta ativa, aceitação, educação e promoção do autocuidado (E. Santos et al., 2015).

O Guia Orientador de Boas Práticas da RNAO “*Transitions in Care and Services*” tem como objetivo fornecer informações baseadas em evidência científica acerca de recomendações sobre transições seguras e eficazes nos cuidados à equipa transdisciplinar, com enfoque para os Enfermeiros (RNAO, 2023). Assim, verifica-se uma transição nos cuidados de saúde quando a pessoa é transferida para um novo contexto/ setor de prestação de cuidados, ou seja, verifica-se dentro e entre contextos, em que se inclui, entre outros, os cuidados primários, cuidados domiciliários e comunitários, cuidados de reabilitação, sendo este um aspeto fundamental na prestação de cuidados, uma vez que é promovida e potenciada a continuidade dos cuidados, através da transmissão de informações entre as equipas transdisciplinares dos diferentes contextos (RNAO, 2023).

Quando se aborda o conceito central de transição na disciplina de Enfermagem, é imprescindível mencionar *Afaf Meleis*, a autora que até à atualidade se destaca nos trabalhos desenvolvidos acerca desta temática, da sua aplicação e pertinência para os cuidados de Enfermagem, definindo transição como: uma passagem de uma fase, condição ou *status* de vida para outro (E. Santos et al., 2015; Smith & Parker, 2015). A Teoria das Transições *de Afaf Meleis* contempla que a intervenção dos Enfermeiros está baseada na capacidade de antecipar, avaliar, diagnosticar e colaborar na fase de transição que a pessoa enfrenta, proporcionando assim cuidados de Enfermagem que suportam a pessoa/ prestador de cuidados a lidar com os desafios e dificuldades decorrentes do processo de transição (Montez & Barros, 2024).

A autora desta teoria de médio alcance, considera que as transições são complexas e multidisciplinares, com impacto na alteração da identidade da pessoa, papéis na sociedade, comportamentos, relacionamentos e habilidades e, por conseguinte, no estilo de vida de todas as pessoas, pelo que existem três aspetos fundamentais na abordagem a uma transição: os tipos de transição, as condições da transição e os padrões de resposta à transição (E. Santos et al., 2015).

Os tipos de transição podem ser considerados como transições desenvolvimentais (associadas às várias fases de vida, como a idade ou o desempenho de papéis), situacionais (resposta a mudanças situacionais), organizacionais (relativas a regras e funcionamento organizacional) e de saúde/ doença (inerentes a mudanças na saúde/ situações de doença que requerem novos

comportamentos e estratégias durante o processo), sendo importante de referir que as mesmas podem ocorrer em simultâneo durante um determinado período de tempo e estarem relacionadas a fatores como a idade, eventos inesperados e doenças, interligados entre si pelo ambiente em que a pessoa está inserida (Malta et al., 2023). Estes aspetos comuns que existem entre cada tipo de transição, denominam-se por propriedades das transições, relacionadas com a perceção que a pessoa/ prestador de cuidados/ comunidade têm acerca de cada tipo de transição vivenciada e são fundamentais na avaliação por parte do Enfermeiro (Malta et al., 2023). As propriedades das transições, dividem-se em quatro aspetos fundamentais: consciência (conhecimento acerca das alterações associadas), compromisso (envolvimento da pessoa na transição), mudança/ diferença (distinção de conceitos de transição e mudança), período da experiência, pontos críticos e eventos (acontecimentos marcantes) (E. Santos et al., 2015). Associado ao processo de transição, existe um conjunto de condições inibidoras e facilitadoras do processo e que são de extrema importância para a responsabilidade do Enfermeiro, nomeadamente: fatores pessoais, comunitários ou sociais, sendo estes responsáveis pelo resultado saudável de uma transição (Cancino- Jiménez et al., 2024). Porém, existe ainda um conjunto de aspetos fundamentais na compreensão da experiência vivenciada pela pessoa/ prestador de cuidados relacionado com os padrões de resposta, dividindo-se estes em indicadores de processo (sentir-se e manter-se integrado; interação entre a pessoa e o prestador de cuidados, com impacto no autocuidado; sentir-se situado no contexto em que está inserido; desenvolvimento de confiança e *coping* acerca do conhecimento mais aprofundado da experiência) e indicadores de resultado (mestria- relativa à aquisição de competências; identidades flexíveis e integradoras- em relação à reformulação da identidade da pessoa), traduzindo-se em ganhos em saúde (E. Santos et al., 2015; Smith & Parker, 2015).

Face ao exposto, constata-se que a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* apresenta elevada capacidade de generalização ao ser aplicada em várias situações diferentes, no entanto é acessível e mantém adequada à *práxis* de Enfermagem, apesar do elevado número de conceitos inter-relacionados que caracterizam esta teoria, permitindo descrever, analisar e avaliar os processos transicionais (Cancino- Jiménez et al., 2024). É de notar que esta teoria continua a ser aplicada contribuindo para a aquisição de conhecimentos na disciplina de Enfermagem, envolvendo a perspetiva da pessoa/ prestador de cuidados/ comunidade com

base nas suas experiências e respostas às diversas transições que se deparam no seu ciclo de vida, fomentando a teoria em si e, traduzindo a mesma em práticas baseadas na melhor evidência científica, na melhoria da qualidade dos cuidados e em políticas/ estratégias a adotar pelos Enfermeiros (Smith & Parker, 2015). De forma mais específica, e no que concerne à sua importância desta Teoria para a ER, é através da mesma que os EEER avaliam as respostas humanas da pessoa, planeiam e executam as suas intervenções especializadas para facilitar os processos de transição, dando ênfase à forma como a pessoa/ prestador de cuidados enfrentam o processo de transição e consideram a sua nova situação em relação à componente física, psicológica e social (O. Ribeiro et al., 2021). Assim, é através do reconhecimento da transição de saúde-doença por parte do EEER, que este se centra em dois focos de ER fundamentais: conhecimento e capacidade, sendo assim possível promover autonomia para o seu processo de tomada de decisão e proporcionar mais independência para a execução de AVD (Luís Sousa et al., 2020).

O tipo de transição que ocorre do meio hospitalar para a comunidade, é assegurada pelos cuidados de saúde primários no âmbito domiciliário, por meio de intervenções direcionadas para a pessoa/ prestador de cuidados tendo em vista a promoção de autonomia, independência e qualidade de vida dos mesmos, dependendo de uma comunicação eficaz entre os profissionais e uma preparação para a alta que exige atenção face ao contexto ambiental envolvente da pessoa (Bernardino et al., 2022; Oliveira et al., 2021). Assim, o cuidado transicional é definido como um conjunto de intervenções planeadas face à mudança que ocorre no momento para diferentes níveis de cuidados necessários, envolvendo diversas estratégias como o planeamento antecipado dos cuidados, transmissão de informações de forma adequada, educação para a saúde e acompanhamento pós alta (Larissa Sousa et al., 2023).

No entanto, para desenvolver uma transição o mais saudável possível, é necessário compreender a experiência da pessoa face à transição, de forma a promover a autonomia, independência, qualidade de vida e adaptação face à nova situação de saúde-doença, sendo que o mesmo se verifica quando os cuidados são centrados na pessoa/ prestador de cuidados e comunidade em que estão inseridos (Bernardino et al., 2022; E. Santos et al., 2015; Montez & Barros, 2024; RNAO, 2025). Como é referido pela RNAO no Guia Orientador de Boas Práticas Clínicas “*People-Centred Care*”, é fundamental promover uma *práxis* sustentada em evidência

científica que associe conhecimentos e capacidades necessárias para que os cuidados prestados se centrem na pessoa/ prestador de cuidados (RNAO, 2025). Este tipo de abordagem, coloca a pessoa no centro dos cuidados de saúde, melhorando assim a sua experiência acerca dos cuidados e serviços prestados e, por conseguinte, a satisfação da pessoa face aos cuidados prestados (RNAO, 2025).

O cuidado centrado na pessoa é um conceito multidimensional, que abrange componentes centrais para o mesmo, entre os quais: cuidado que respeite as preferências/ opinião da pessoa; cuidado que inclua a pessoa nas decisões da sua situação de saúde e empatia profissional, otimizando a relação terapêutica entre a pessoa e o Enfermeiro, denotando-se assim o compromisso mútuo pelo cuidado e envolvimento no processo de tomada de decisão (Rodrigo Ribeiro et al., 2023; Santos, 2023). Atualmente, a ER enfrenta desafios quanto à missão de deixar de considerar a pessoa como um sujeito passivo no seu processo de reabilitação, mas sim em reconhecer as suas respostas humanas e o seu potencial na recuperação de capacidades, bem como nas suas expectativas face ao seu projeto de vida, com o objetivo de melhorar ou recuperar as suas condições de saúde e, conseqüentemente, alcançar a melhoria de qualidade de vida no decorrer da transição de saúde-doença (Niezbecka et al., 2025).

Por sua vez, os prestadores de cuidados também são considerados como elementos essenciais nos cuidados, devendo-se considerar a pessoa e o prestador de cuidados como o foco do cuidado, sendo este um agente facilitador no processo de transição, promovendo a resolução de problemas, com base numa comunicação eficaz e interação com o Enfermeiro (Montez & Barros, 2024). Assim, o cuidado centrado na pessoa promove segurança nos cuidados, facilitando a adesão ao diagnóstico e tratamento, mas também incluindo o contexto em que a transição ocorreu, incorporando assim as preferências e respostas humanas da pessoa, reconhecendo também o prestador de cuidados como interveniente no cuidado, desenvolvendo assim uma intervenção baseada no respeito e dignidade de ambos (Rodrigo Ribeiro et al., 2023).

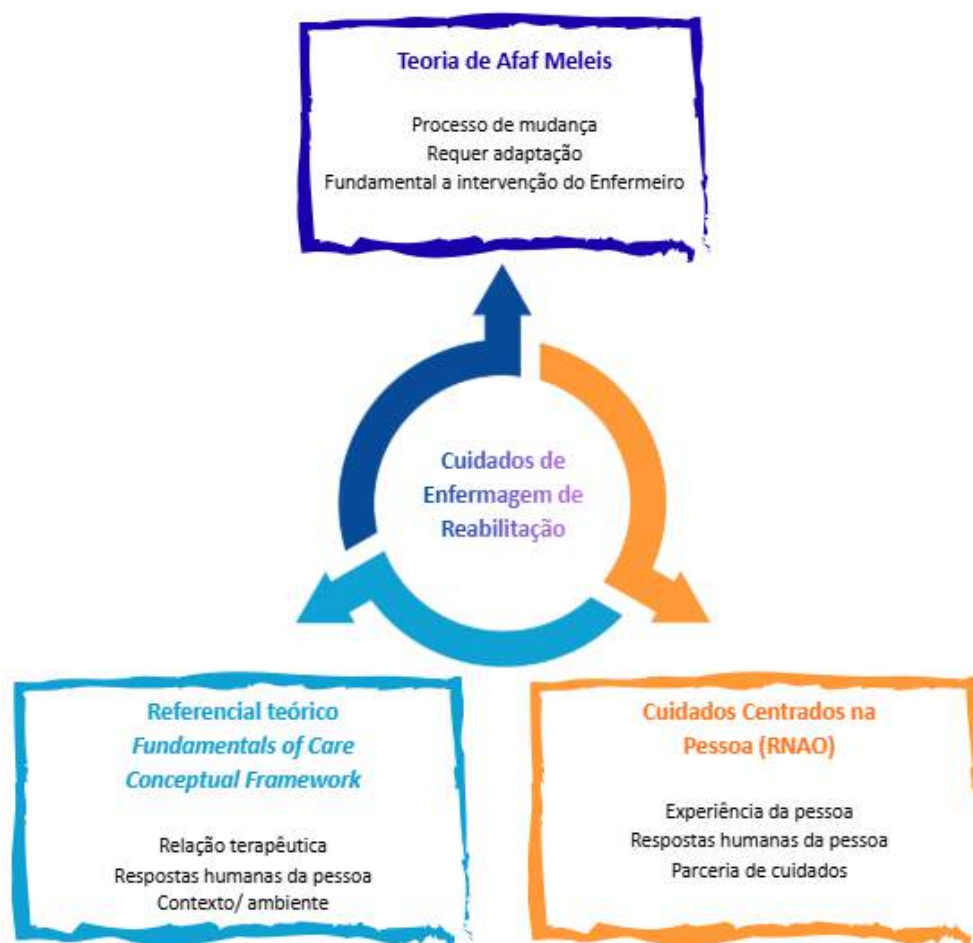
Por forma a contribuir para o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa foi desenvolvida uma estrutura pelo *International Learning Collaborative*, o *Fundamentals of Care Framework*, traduzindo a prestação de cuidados mais seguros, eficazes e de alta qualidade

(Muntlin et al., 2023). A sua estrutura é baseada em três dimensões relacionadas entre si: relação terapêutica entre o Enfermeiro e a pessoa; integração do cuidado e contexto do cuidado (Kaldal et al., 2025; Kitson et al., 2013). No que se refere ao relacionamento estabelecido, este garante o compromisso do cuidado com a pessoa/ prestador de cuidados e a transmissão de informação acerca da pessoa aos restantes elementos da equipa transdisciplinar, garantindo assim a continuidade dos cuidados; por sua vez, a integração do cuidado está relacionada com os cuidados de Enfermagem centrados nas respostas humanas (físicas, psicossociais e relacionais) e, por último, o contexto dos cuidados diz respeito aos fatores organizacionais, institucionais e de segurança que garantem a qualidade dos cuidados com base em fatores facilitadores do sistema e política (Kitson et al., 2013).

Deste modo, o principal objetivo do *Fundamentals of Care Framework* prende-se com a capacidade de o Enfermeiro manter uma relação terapêutica que permita uma prestação de cuidados centrados na pessoa de forma integrada, contribuindo assim para a melhoria das respostas humanas (Kitson, 2018). Segundo Pene et al. (2025), o presente modelo teórico deve ser considerado com a finalidade de melhorar a eficiência dos cuidados, dando ênfase a políticas e práticas orientadas para o cuidado centrado na pessoa.

Face ao exposto, a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa com deficiência deverá ser alicerçada com referenciais teóricos e na prática baseada em evidência científica, contemplando a ER como uma disciplina científica que tem uma base de estrutura sólida e com novas abordagens de características mais construtivas, integrativas e holísticas na *práxis* de Enfermagem (Pereira et al., 2020; Vargas et al., 2024). Dado que o EEER recorre a uma metodologia científica, denominada por Processo de Enfermagem, que contribui para o processo de tomada de decisão, o mesmo deverá ser sustentado com, pelo menos uma teoria, tendo por objetivo identificar e descrever a forma como a pessoa, o prestador de cuidados e a comunidade enfrentam os problemas de saúde, determinando assim a intervenção do EEER, como está explícito na seguinte figura (Figura 1) (O. Ribeiro et al., 2021).

Figura 1. Referenciais teóricos e cuidados centrados na pessoa: Parceria de cuidados de Enfermagem



Fonte: Adaptado de Kaldal et al. (2025); RNAO (2025); Smith e Parker (2015).

1.5. Promover competências no cuidado: pessoa e prestador de cuidados no processo de reabilitação

O empoderamento relaciona-se com a aquisição de conhecimentos e autonomia no processo de tomada de decisão, esta última com a finalidade de emancipar a pessoa a decidir com liberdade acerca das suas próprias escolhas, através da promoção de autonomia e do alcance de metas delineadas no seu processo de transição de saúde-doença (Luís Sousa et al., 2020). No que se refere à aquisição de conhecimentos, alterada ao longo do tempo conforme o

decorso das mudanças, este apresenta implicações para a tomada de decisão, estando dependente de vários fatores além do processo de tomada de decisão, como a limitação nas atividades e os recursos disponíveis para executar as mesmas (Luís Sousa et al., 2020). Assim, o processo de capacitação envolve diversos domínios, nomeadamente, cognitivo, físico e material, resultando num processo multidimensional que englobe conhecimento, decisão e ação (Luís Sousa et al., 2020). De uma forma mais generalizada, a capacitação relaciona-se com as atividades de vida da pessoa, que garantem atividades como o alimentar-se, movimentar-se, lavar-se e vestir-se, entre outras, denominadas como AVD, até às atividades com mais elevado grau de complexidade relacionadas com a integração no meio social, as designadas AIVD, como por exemplo, realizar compras, ter controlo sobre a sua situação de saúde, deslocar-se em transportes públicos e gerir pertences pessoais, sendo que todas estas tarefas refletem-se na autonomia e independência da pessoa, com impacto direto na sua funcionalidade e qualidade de vida (Reis & Bule, 2023). É de notar, e face à tendência demonstrada inerente ao envelhecimento populacional, que os Enfermeiros devem reunir um conjunto de estratégias que permitam às pessoas procurar, compreender e integrar as informações adequadas para cuidar de si (Cunha et al., 2023).

Neste processo, também o prestador de cuidados assume um papel determinante nos cuidados de Enfermagem, uma vez que é considerado como a pessoa que desempenha o papel do indivíduo, interagindo em concordância com a responsabilidade de cuidar de alguém, compreendendo a expectativa mantida pelas instituições, profissionais de saúde, familiares e sociedade em relação aos comportamentos e valores a manter no desempenho do seu papel (ICN, 2010). O exercício destas funções enquanto prestador de cuidados, é um fenómeno altamente impactante nas diversas perspetivas do cuidar, nomeadamente, para a pessoa que é cuidada, para a pessoa que desempenha o papel de prestador de cuidados e para a restante família (E. Santos et al., 2023). Como tal, é necessário reunir um conjunto de requisitos fundamentais para este exercício, entre os quais: consciencialização do papel a desempenhar, aquisição de competências (capacitar-se para o regresso a casa, com foco na aquisição de conhecimentos, capacidades e autocontrolo emocional) e os recursos disponíveis, determinando assim as condições favoráveis e não favoráveis ao seu desempenho saudável e adequado (E. Santos et al., 2023). Existem áreas que requerem intervenção junto do prestador de cuidados, estando as mesmas relacionadas com o ensino, instrução e treino de

competências inerentes ao autocuidado e utilização de produtos de apoio, sendo estas duas áreas imprescindíveis aos cuidados de ER, em complementaridade com a orientação para os serviços de saúde disponíveis no decurso do processo de reabilitação (Almeida et al., 2022; A. Santos et al., 2023). Destarte, capacitar um prestador de cuidados num processo de transição, implica atitudes terapêuticas centradas na aquisição de conhecimentos e treino de capacidades de forma a desempenharem um conjunto de tarefas como as AVD, a resolução de problemas, o processo de tomada de decisão, as atividades com base em competências comunicacionais e relacionais e os cuidados de vigilância à pessoa (Luís Sousa et al., 2020).

Sendo a ER uma área especializada de intervenção em Enfermagem, considerada de excelência e referência, a sua missão incide na prevenção, recuperação e habilitação de pessoas com alterações ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, entre outras, traduzidas em défices funcionais que necessitam de intervenção individualizada e especializada para reunir condições que lhes permita criar estratégias adaptativas à sua nova condição (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). O EEER demonstra a sua responsabilidade no processo de saúde-doença, através do exercício da sua *práxis* que reúne um conjunto de conhecimentos e saberes, por meio de um plano de reabilitação centrado nas capacidades da pessoa, com a finalidade de promover o autocuidado e, por conseguinte, a autonomia da pessoa, tornando-se assim um parceiro do seu próprio processo de capacitação (Trindade, 2020).

Nesta perspetiva de emancipação da pessoa, a tornar-se mais autónoma, surge a importância dos cuidados por parte do EEER, focando-se nos contextos/ realidade social em que as pessoas estão inseridas e as relações estabelecidas no seu meio, promovendo e protegendo a saúde dos mesmos num modelo de cuidados centrado na pessoa e não na doença, em que o foco são as respostas humanas, sendo a pessoa considerada o elemento central no processo de reabilitação (Vargas et al., 2024).

Deste modo, o EEER desenvolve o programa de reabilitação numa tríade estabelecida com a pessoa e o prestador de cuidados, preparando desde logo o regresso ao domicílio com foco na capacidade da pessoa e do prestador de cuidados em conjunto com os meios disponíveis no domicílio/ comunidade, e não focando-se nas incapacidades decorrentes da patologia associada, consciencializando assim a pessoa e o prestador de cuidados que todas as

atividades são passíveis de serem realizadas, se adaptadas e personalizadas às suas capacidades e recursos disponíveis (Trindade, 2020).

No que concerne ao período durante a hospitalização, é fundamental que a intervenção do EEER se centre na prevenção do declínio funcional, através de programas de reabilitação que previnam este fenómeno, como se verifica por exemplo, através do exercícios terapêuticos, mobilizações precoces e treino de equilíbrio (Mendes et al., 2023). A continuidade de cuidados é um aspeto fundamental na gestão dos cuidados, com especial atenção quando a pessoa apresenta múltiplas morbilidades e, conseqüentemente, com a articulação de vários contextos de cuidados de saúde, mais precisamente com a necessidade de uma abordagem transdisciplinar, pelo que é necessária uma gestão integrada e adequada, de modo a evitar a ocorrência de dificuldades e obstáculos (Silva & Sousa, 2020). Inerente à continuidade dos cuidados prestados, verifica-se um aspeto essencial de mencionar relacionado com a preparação para alta hospitalar na transição de cuidados após a existência de uma deficiência física, sendo uma preocupação crítica quando se pretende que os cuidados proporcionem a inclusão social da pessoa no seu contexto (Pereira et al., 2020).

A transição da alta hospitalar para o domicílio é um processo complexo, encarado como um desafio que abrange múltiplas dificuldades e fragilidades para a pessoa e para o prestador de cuidados, com a necessidade de mobilizar medidas que previnam a sobrecarga de trabalho face ao esforço e sobrecarga exigida e promovendo o relacionamento e envolvimento familiar (Larissa Sousa et al., 2023). O planeamento da alta está fortemente relacionado com a transição dos cuidados, atendendo às respostas humanas na mudança de um contexto para outro, nomeadamente do contexto hospitalar para a comunidade, sendo este um eixo central na prestação de cuidados de Enfermagem (Bernardino et al., 2022). Assim, assume-se a importância da otimização da comunicação entre os diferentes contextos da prestação de cuidados, como por exemplo, contextos de internamento hospitalar, domicílio, cuidados de saúde primários, unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o objetivo de manter presente a informação essencial ao planeamento, intervenção e avaliação dos cuidados de saúde, em que o EEER assume uma responsabilidade inquestionável nos cuidados (Silva & Sousa, 2020). A inclusão social de pessoa com deficiência está inerente ao processo de reabilitação, pelo que a pessoa e o seu prestador de cuidados devem ser ensinados, instruídos e treinados de forma a manter a

continuidade dos cuidados aquando do planeamento da alta hospitalar em concordância com as respostas humanas (Pereira et al., 2020).

É de referir que os EEER presentes na comunidade, estão perante uma população cada vez mais envelhecida, com predisposição aumentada para doenças crónicas e degenerativas e, que em conjunto com as transições que verificam ao longo do ciclo de vida, apresentam implicações para a sua capacidade funcional e cognitiva, bem como para a qualidade de vida, o que conduz à necessidade de promover estilos de vida saudáveis, incentivar a participação social e cooperar com estruturas disponíveis na comunidade de modo a promover um ambiente seguro e inclusivo (Faria, Martins, Ribeiro & Gomes, 2020). Deste modo, é fundamental o desenvolvimento de estratégias centradas na fragilidade da pessoa, através da gestão de sintomas e promoção de autonomia e independência, de forma a reduzir o risco de eventos adversos como as quedas, reduzir a probabilidade de institucionalizações e até o risco de morte (Faria, Martins, Laredo- Aguilera et al., 2021).

Assim, e tendo como alvo de cuidados a pessoa em todas as fases do ciclo de vida, a excelência do exercício profissional de ER traduz-se em ganhos em saúde em todos os contextos de prevenção de incapacidades e recuperação de capacidades remanescentes, com impacto positivo na qualidade dos cuidados (Martins et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Por sua vez, a qualidade dos cuidados é definida como o cumprimento de padrões/ critérios previamente estabelecidos, através de indicadores que avaliam o desempenho e a eficácia dos mesmos (Pereira, Martins, Pereira et al., 2025). Como é referido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, estes constituem o alicerce para a melhoria contínua dos cuidados de ER com a pessoa através da implementação de programas específicos e individualizados e da reflexão sobre o seu exercício profissional, sendo assim considerados como uma matriz orientadora para uma *práxis* segura e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

No que concerne à avaliação dos cuidados prestados de ER centrados na pessoa que vivencia uma transição, é pertinente incluir a avaliação que a pessoa tem acerca desses mesmos cuidados, tendo em consideração o seu grau de complexidade e inovação. Este feedback pode ser demonstrado através resultados medidos pela pessoa através dos PREMs (*Patient-*

Reported Experience Measures) e dos PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) (Benson, 2023; Mohamed, 2025).

Os PROMs referem-se à avaliação da pessoa no que concerne aos resultados de saúde relacionadas com sintomas, funcionalidade e qualidade de vida, refletindo a sua opinião sobre os cuidados que afetam o seu bem-estar (Mohamed, 2025). Já os PREMs, estão associados às informações fornecidas pela pessoa sobre a experiência acerca das interações com o profissional, como por exemplo, empatia, comunicação estabelecida e respeito (Mohamed, 2025). Assim, os PROMs e os PREMs avaliam o sucesso de cada intervenção, com base em quatro objetivos: resultados em saúde, experiência da pessoa, satisfação do profissional e equidade em cuidados de saúde (Benson, 2023). Deste modo, é possível concluir que a avaliação dos cuidados de ER deverá ser abrangida por estes indicadores de forma a melhorar a qualidade e a eficiência dos mesmos, de forma a que o processo de tomada de decisão seja informado e centrado na pessoa (Mohamed, 2025).

Assim, é plausível que os EEER assegurem cuidados centrados na condição da pessoa, dando respostas integradas e individualizadas, de forma a otimizar as respostas humanas decorrentes do processo de transição saúde-doença em todos os contextos de saúde (Padilha, 2022).

2. ANÁLISE CRÍTICO- REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O desenvolvimento de competências no decurso desta experiência formativa, tem na sua base um conjunto de atividades desenvolvidas em instituições de saúde fundamentais para o desenvolvimento de conhecimentos imprescindíveis em ER. Assim, importa analisar sucintamente os locais em que ocorreram os Estágios enquanto estudante do Mestrado em ER, nomeadamente o contexto de cuidados de ER na comunidade em UCC; contexto de CR e serviço de Hospital de Dia/ Internamento de Pneumologia.

2.1. Análise dos Contextos de Estágio

No contexto de Estágio de Reabilitação na Comunidade, realizado entre 12 de maio de 2025 e 19 de julho de 2025, foram desenvolvidas competências numa ECCI, estrutura integrante da RNCCI, sendo esta Rede constituída por unidades/ equipas de cuidados continuados e/ou do setor social e cuidados paliativos a partir de serviços comunitários, em que se inclui hospitais e centros de saúde, com operacionalização regional e local, fomentando respostas adequadas e dirigidas a pessoas em situação de dependência e em qualquer faixa etária, através de parcerias públicas, sociais e privadas, melhorando assim a sua funcionalidade a partir de cuidados adequados com vista à reabilitação e manutenção (Decreto-Lei nº101/2006).

Por sua vez, a UCC visa a prestação de cuidados na área de saúde e apoio a nível psicológico e social, na vertente domiciliária e comunitária, com foco na educação em saúde e referenciação para redes de apoio à família, nomeadamente para pessoas/ famílias e grupos que apresentam vulnerabilidade face a situações de risco ou dependência física e funcional (Despacho n.º 10143/2009). Em relação à UCC, em que desenvolvi o Estágio de Reabilitação na Comunidade, a mesma integra uma Unidade Local de Saúde (ULS) da área da grande Lisboa, abrangendo um total de 111 611 pessoas, distribuídas por duas freguesias da área (Serviço Nacional de Saúde, 2017). A missão desta UCC incide no contributo para a melhoria dos cuidados de saúde para a população da sua área de abrangência, obtendo deste modo tendência para ganhos em saúde, a partir de um conjunto de valores definidos como por exemplo, conduta ética e profissional, qualidade, confidencialidade e privacidade inovação e trabalho em equipa (Serviço Nacional de Saúde, 2017). A prestação de cuidados é realizada diariamente, incluindo fins de semana e feriados, tendo por base uma equipa transdisciplinar constituída por: três Enfermeiros de cuidados gerais, um EEER, um Fisioterapeuta, um

Terapeuta Ocupacional, um Técnico Superior de Serviço Social e um Psicólogo, e apresenta capacidade de admissões num total de 50 pessoas. Segundo o Regulamento n.º 743/2019, os EEER devem ser elementos integrantes de uma UCC, de forma a garantir cuidados adequados às pessoas que se encontram em risco ou com deficiência, restrições na execução das suas atividades e/ ou limitações na participação social com base em projetos direcionados às necessidades da população e realidades de cada instituição, pelo que o rácio deverá ser de 0.25 EEER para cada 1000 habitantes. Deste modo, e perante o número de EEER mencionados anteriormente, verifica-se que os recursos humanos não são os indicados para garantir a prestação de cuidados seguros de ER à comunidade, denotando-se limitações na capacidade de resposta pelo profissional. A metodologia de trabalho presente, baseia-se no Enfermeiro responsável, sendo este encarregue pelo plano de cuidados das pessoas atribuídas no sistema de informação da RNCCI *GestCare CCI*® e *SClínico*®, garantindo assim cuidados individualizados e adequados à pessoa/ prestador de cuidados, com base em intervenções individualizadas, resultados obtidos e avaliações rigorosas a partir de instrumentos de avaliação implementados no serviço, como por exemplo, Escala de Morse (Direção-Geral da Saúde, 2019), Escala de Braden (Direção-Geral da Saúde, 2011a), Índice de Barthel (Direção-Geral da Saúde, 2011b), Escala de Berg (Paiva, 2016), entre outros. Denotou-se que a intervenção do EEER foi mais notória na área de processos vascular e degenerativo, sendo em maior número as pessoas com AVC e demência, demonstrando correlação com os dados obtidos acerca do envelhecimento populacional. Posteriormente, a área de processo respiratório (predominância de pessoas com infeções respiratórias) e orto traumatológico (predomínio de fraturas ósseas decorrentes de quedas na população idosa) foram os processos alvo de intervenção por parte do EEER. Em relação a projetos implementados no momento de realização do Estágio, foi obtida a informação de que não se verifica a implementação de nenhum projeto em Enfermagem, uma vez que a UCC estava perante um processo de acreditação.

No que concerne ao Estágio Profissionalizante, uma das instituições em que foi desenvolvido diz respeito a um CR de referência a nível nacional e internacional inaugurado no ano de 1966, tendo como objetivo principal a reabilitação motora de pessoas com incapacidade e a formação de profissionais especializados na área em Portugal (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2025a).

Face às inovações decorrentes dos desafios atuais da população, nas últimas décadas verificaram-se alterações na estrutura e organização da instituição, de modo a responder às necessidades da população e dos profissionais, garantindo assim avanços na área tecnológica e edificação, mantendo níveis de excelência no contexto de reabilitação (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2025a). Neste âmbito, a sua missão incide sobre a reabilitação de pessoas com deficiência física, motora ou multideficiências congénitas ou adquiridas, em qualquer fase do ciclo vital e provenientes de qualquer área do território nacional, com o objetivo de promover a funcionalidade de cada pessoa, potenciando as suas capacidades para reingressar na comunidade e, em simultâneo, formar profissionais na área de saúde mantendo o investimento na investigação científica (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2025a).

A organização da instituição permite que as pessoas, em qualquer faixa etária, acedam à reabilitação através de programas intensivos em regime de internamento ou em regime de ambulatório, de forma a manterem um plano de reabilitação individualizado, organizado e direcionado para as respostas humanas e objetivos de cada pessoa, sendo realizada a primeira consulta de Medicina de Reabilitação, a partir da referência de centros de saúde, unidades hospitalares e pela RNCCI (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2025a).

No que concerne ao regime de internamento, com capacidade para admitir 134 pessoas, o mesmo está organizado em três pisos: 1º piso- reabilitação de adultos com 66 vagas destinado ao internamento de pessoas com LVM e outras patologias da área neurológica; 2º piso- reabilitação pediátrica e de desenvolvimento com capacidade de 16 vagas direcionadas ao internamento de crianças/ jovens até aos 18 anos de idade, com patologias da área neurológica, osteoarticular e outras; 3º piso- destinado ao internamento de pessoas com AVC, Traumatismo Crânio Encefálico, amputações e outras patologias (num total de 68 vagas), sendo possível dar resposta a inúmeras situações complexas devido à organização e ao trabalho desenvolvido por uma equipa transdisciplinar, composta por profissionais da área de Enfermagem, Medicina de Reabilitação, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia, Nutrição, entre outros (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2025a). Aliado aos serviços de internamento e aos programas de reabilitação em ambulatório, verifica-se a existência de departamentos fundamentais para o processo de reabilitação da pessoa, entre os quais: Meios complementares de diagnóstico/ Laboratórios (Ex.: Centro de mobilidade;

Laboratório de marcha; Estudos urodinâmicos; Fisiopatologia respiratória), Unidades habitacionais de automização (projeto inovador na área residencial para pessoas que necessitam deste espaço para transitarem para o seu domicílio) e Telereabilitação (teleconsultas e programas de telereabilitação) (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2025b).

No contexto específico do serviço de Reabilitação de adultos em que tive a oportunidade de desenvolver competências durante este percurso formativo, o mesmo é composto por 32 vagas, sendo que no período de tempo em que ocorreu o Estágio, estavam disponíveis para admissão 26 vagas, em que na sua alocação predominam pessoas portadoras de patologias como AVC e LVM. Entre a equipa transdisciplinar que compõem o serviço, verifica-se que a mesma é constituída por um Enfermeiro-chefe, Enfermeiros de cuidados gerais e EEER, destacando-se o método de trabalho implementado, nomeadamente, o método de Enfermeiro responsável, ou seja, no momento de admissão é definido um Enfermeiro para planear os cuidados centrados na pessoa e no prestador de cuidados, sendo o mesmo responsável pelos registos/ intervenções de Enfermagem, participação nas reuniões de objetivos e reuniões com a presença da família para discussão dos resultados alcançados e esperados de alcançar, tendo por base o plano de reabilitação e a preparação para a alta/ regresso ao domicílio. Os registos de Enfermagem neste mesmo serviço são elaborados em documentos impressos para o efeito, incluindo a avaliação de resultados de Enfermagem, com recurso a instrumentos/ escalas de avaliação implementadas no serviço, como por exemplo, a Escala de Braden (Direção-Geral da Saúde, 2011a), Escala de Morse (Direção-Geral da Saúde, 2019), Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) (Direção-Geral da Saúde, 2011b), apresentando assim avaliações do plano de reabilitação de ER sustentado por resultados robustos e fidedignos.

No serviço em questão, existem projetos implementados com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Enfermagem, nomeadamente na prevenção/ gestão do risco de queda e da prevenção de úlceras por pressão. Em relação a programas específicos de ER, está ativo o programa inerente às consultas de *follow-up* de treino vesical, em que a pessoa/ prestador de cuidados têm a possibilidade de esclarecer dúvidas e proceder a pedidos de material necessário para a técnica. É de referir que está em fase de avaliação para posterior implementação, um programa relacionado com a intervenção do EEER no âmbito da temática da sexualidade, atividade sexual e reabilitação do pavimento pélvico.

Assim, e de modo a manter a partilha de conhecimento científico e formação contínua na área de ER, é fundamental mencionar a existência do Núcleo de Enfermeiros de Reabilitação (NER), responsável pelo desenvolvimento de atividades que valorizam a partilha de conhecimentos e *práxis* especializada do EEER.

Ainda na vertente do desenvolvimento do Estágio Profissionalizante foi possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área de processo respiratório numa ULS da área de Lisboa, nomeadamente no serviço com valências de internamento de Pneumologia, Hospital de Dia de Infeciologia Respiratória e Unidade de Reabilitação Respiratória.

O serviço mencionado integra um centro clínico de referência na área, sendo que a sua missão assenta em três alicerces fundamentais, entre os quais: prestação de cuidados diferenciados tendo por base a prática numa vertente tecnológica e inovadora, tanto na vertente de internamento como em ambulatório; formação de qualidade para vários profissionais de saúde, em que se inclui os Enfermeiros; e investigação clínica em contextos de patologias respiratórias (Serviço Nacional de Saúde, 2024). Assim, com base numa vertente ética e legal, conhecimentos especializados e competência adequadas, os mesmos conduzem a cuidados de saúde de qualidade transversal à equipa transdisciplinar e, conseqüentemente, à satisfação e reconhecimento das pessoas, demonstrando deste modo os valores que definem a sua visão histórica e atual deste serviço de referência (Serviço Nacional de Saúde, 2024). Em relação à equipa transdisciplinar, destaca-se a intervenção do EEER, sendo que esta equipa específica é composta por 4 elementos na prestação de cuidados, e 1 elemento a desempenhar funções de gestão do serviço, dando ênfase aos efeitos que a intervenção de ER apresenta junto das pessoas em programas de reabilitação na área respiratória.

Tendo em consideração que o processo de envelhecimento conduz a uma fragilidade multiorgânica, com impacto a nível cardiorrespiratório, podem verificar-se alterações como modificações na parede torácica, no reflexo de tosse, no aumento do risco de infeções respiratórias, aumento do declínio funcional e, conseqüentemente diminuição na capacidade de realizar AVD, pelo que é necessária uma intervenção diferenciada, nomeadamente ao nível da reabilitação respiratória (Alves & Grilo, 2022).

Na vertente das patologias pulmonares, verificou-se a intervenção diferenciada neste serviço com pessoas portadoras de micobactérias não tuberculosas (MNT), sendo estas bactérias

distribuídas no meio ambiente, verificando-se um aumento do número de casos também associado ao envelhecimento populacional, à crescente exposição a aerossóis que contêm MNT e infeções adquiridas em meio hospitalar, sendo necessário investigações com recurso a exames laboratoriais que permitem um diagnóstico clínico e a escolha do tratamento adequado (Amaral, 2022).

Relativamente ao serviço de internamento de Pneumologia, apresenta a capacidade de admissão de 10 pessoas, em que se verifica a existência de múltiplos diagnósticos clínicos da área respiratória, como é o caso da DPOC, asma agudizada, doenças da pleura, processos infecciosos respiratórios e neoplasias do sistema respiratório. Deste modo, um dos EEER é responsável pela prestação de cuidados especializados e individualizados ao total de pessoas admitidas no serviço, bem como ao serviço de Cuidados Paliativos que é abrangido com camas do Plano de contingência para a gripe, sendo que durante o período de Estágio, a média de pessoas internadas alvo de cuidados de ER situava-se em 15 pessoas. Este profissional é responsável pelo estabelecimento de planos de reabilitação em parceria com a pessoa/prestador de cuidados de modo a estabelecer objetivos e direcionar as suas intervenções, com vista à melhoria contínua dos cuidados e, conseqüentemente, à melhoria da funcionalidade da pessoa para o regresso ao domicílio. É importante referir que os cuidados de ER neste serviço, não são exclusivos na área respiratória, uma vez que a área motora demonstra um papel de destaque no processo de reabilitação, sendo possível recorrer aos ginásios do serviço e produtos de apoio do mesmo para realizar ensinamentos, treino e instrução de exercícios e estratégias consideradas imprescindíveis para o autocuidado da pessoa com patologia respiratória.

Em relação ao Hospital de Dia, destinado maioritariamente ao acompanhamento de pessoas com patologia respiratória provocada por MNT, baseia-se na prescrição de um programa de reabilitação desenvolvido em dois ginásios, compostos por sua vez com material direcionado para focos específicos de ER, como a ventilação e a limpeza das vias aéreas. A existência de produtos de apoio, como por exemplo, camas articuladas, halteres, pesos, bandas elásticas, dispositivo vibro acústico, passadeira, remo, bicicleta e elítica, são essenciais no planeamento de exercício prescrito pelo EEER. São três as componentes em que se baseia este espaço com capacidade de admissão entre 50 e 60 pessoas, das quais: ensinamentos acerca dos efeitos da patologia respiratória na pessoa e na realização de AVD (Ex: administração de oxigenoterapia

e inaloterapia, posições de descanso e relaxamento, exercícios de reeducação ao esforço); reabilitação funcional respiratória e prescrição de exercício físico, segundo o princípio fundamental de frequência, intensidade, tempo/ duração, tipo, volume e progressão (FITT-VP), elaborando assim um plano de ER individualizado e adequado à pessoa. Além dos programas estabelecidos com duração entre 12 e 14 semanas ou programa de 10 sessões, conforme articulação entre a equipa de ER e a pessoa, o seguimento é mantido através de consultas de *follow up* telefónico, permitindo assim um acompanhamento e avaliação detalhada do programa realizado em parceria com a pessoa.

Por sua vez, a consulta externa do Hospital de Dia efetuada pelo EEER diz respeito a uma avaliação da pessoa com recurso a instrumentos de avaliação, validados e com propriedades psicométricas robustas que determinam os resultados atingidos no plano de reabilitação respiratória e o impacto que determinada patologia respiratória apresenta na vida da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Para tal, procede-se à avaliação do estado geral da pessoa (Ex: sinais vitais, índice de massa corporal, sintomatologia), ensinamentos sobre inaloterapia e aferição de oxigenoterapia e aplicação de diversos instrumentos de avaliação, como é o caso da aplicação do questionário “*Quality of Life Questionnaire- Bronchiectasis*” (Canavarro et al., 2009) e da Escala de Ansiedade e Depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). Na presente consulta, destaca-se a avaliação da Escala de Borg modificada- Avaliação da Perceção Subjetiva de Esforço (Ordem dos Enfermeiros, 2016), após a realização do Teste de Sentar e Levantar (Vilarinho et al., 2024), com duração de um minuto e em todas as sessões, com o devido registo informático, permitindo assim uma avaliação detalhada entre consultas.

Relativamente aos registos de Enfermagem efetuados pelos EEER, os mesmos são realizados em sistema informático, nomeadamente na aplicação *Glantt*[®] em que estão incluídos os registos de intervenções específicas de ER, administração de terapêutica e acesso ao processo clínico da pessoa. Além deste suporte informático, existe um documento em formato físico em que estão mencionados os dados de cada pessoa, bem como uma tabela que evidencia a evolução da pessoa no seu plano de reabilitação em cada sessão efetuada. Além destas atividades desenvolvidas para responder às respostas humanas da pessoa em regime de ambulatório, também se procede à realização de técnicas, como é o caso de administração de terapêutica prescrita em consultas (maioritariamente, administração de antibioterapia endovenosa), colheitas de sangue e de expectoração.

Assim, e de modo a evidenciar o trabalho desenvolvido dos EEER, a presente equipa demonstra o seu interesse no âmbito da investigação e aquisição de conhecimentos científicos, com o desenvolvimento de atividades fundamentais, como é o caso da publicação de artigos científicos que demonstram a importância da intervenção especializada do ER na reabilitação respiratória em pessoas com diversas patologias respiratórias, evidenciando assim o seu trabalho desenvolvido na área, por exemplo, com recurso à realização de estudos de caso.

Perante a contextualização dos serviços responsáveis pelo desenvolvimento de atividades no percurso do Mestrado em ER, os mesmos permitiram o aprimoramento de competências enquanto futura EEER, nomeadamente, de competências comuns, específicas em ER e de mestre. Destarte, nos próximos subcapítulos serão explanadas as atividades desenvolvidas e o contributo das mesmas para a aquisição de conhecimentos e competências definidas neste percurso formativo.

2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Atualmente, os cuidados de saúde e a profissão de Enfermagem enfrentam desafios cada vez mais complexos devido às transformações que se verificam na sociedade, dando assim origem a uma reflexão persistente de forma a que seja possível responder às respostas humanas num contexto de saúde-doença (Marques et al., 2024).

Aliado a este fenómeno, denota-se uma evolução no conhecimento científico pelo que se tornou fundamental criar áreas de diferenciação e especialização em cuidados de saúde, nomeadamente na área de Enfermagem, através de formação especializada tendo em vista a qualificação de profissionais e otimização dos cuidados de saúde com base no desenvolvimento de competências imprescindíveis para dar resposta a questões de saúde (Padilha et al., 2021).

Assente em múltiplas perspetivas acerca do seu significado, competência define-se como um conjunto de atitudes e habilidades que têm por base a aquisição de conhecimentos, compreensão e reflexão acerca dos mesmos, demonstrando assim um nível de desempenho estabelecido para a *práxis* clínica, integrando conhecimentos, habilidades e capacidades (Barata, 2023).

De forma a fundamentar a *práxis*, os Enfermeiros sustentam as suas ações com base em conhecimentos teóricos, mantendo um pensamento crítico que conduz ao processo de tomada de decisão, contribuindo assim as teorias de Enfermagem para a antecipação e resolução de problemas (Lacerda et al., 2024). Tal como foi explanado anteriormente, no decorrer do presente Estágio, a fundamentação de cada intervenção de Enfermagem enquanto futura EEER, incidiu maioritariamente sobre a Teoria de *Afaf Meleis* e o *Fundamentals of Care Framework*, permitindo assim fornecer um conjunto de orientações imprescindíveis para a *práxis* e, deste modo, estabelecer uma estrutura teórica em função da inovação existente, fomentando um carácter mais construtivo, integrativo e holístico dos cuidados prestados (Pereira et al., 2020; Vargas et al., 2024).

No que concerne especificamente aos Enfermeiros Especialistas, estes são os profissionais a quem lhes são reconhecidas um conjunto de competências técnicas, científicas e humanas, que lhes dão a oportunidade de consolidar uma *práxis* de Enfermagem especializada e diferenciada, existindo um conjunto de competências comuns às várias especialidades, designadas como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). Assim, existem quatro domínios de competências comuns, dos quais: a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Uma vez que a Enfermagem é considerada uma ciência especializada, integra um conjunto de princípios bioéticos que permitem alertar os profissionais para as questões éticas, bem como a promoção de uma relação terapêutica com base na confiança estabelecida entre o Enfermeiro, pessoa e prestador de cuidados, a partir de condutas como o respeito, integridade e dignidade (Kitson, 2018; Santos & Magri, 2024). Assim, e face à inovação patente nos cuidados de saúde, as questões éticas tornam-se emergentes na orientação das intervenções de Enfermagem, realçando os princípios da autonomia (respeito pela liberdade de escolha da pessoa conforme a sua autonomia), beneficência (dever de proporcionar o bem), não maleficência (princípio prospetivo para não fazer o mal) e justiça (abordar situações idênticas de igual forma, agindo assim conforme as diferenças entre as situações), como por exemplo ao nível do processo de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Santos & Magri, 2024). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), acresce um novo princípio, designado como o princípio da vulnerabilidade, relacionado com o reconhecimento de situações de doença

que colocam a pessoa em situação de vulnerabilidade temporária ou definitiva, determinando assim a equidade nos cuidados prestados. Deste modo, reunir este conjunto de princípios éticos na prestação de cuidados de ER determina a responsabilidade do EEER no âmbito ético e legal, conforme as atividades desenvolvidas em cada plano de reabilitação, com o objetivo de manter o respeito aquando da prestação de cuidados diferenciada, independentemente do contexto em que a pessoa está inserida, sendo que considere este um desafio relativamente às questões éticas, nomeadamente aquando das visitas domiciliárias perante a avaliação da vulnerabilidade a que determinadas pessoas experienciavam decorrente dos seus contextos, como por exemplo, prestadores de cuidados igualmente vulneráveis e em processos de saúde-doença, sendo estes considerados a pessoa/ familiar de referência da pessoa em processo de reabilitação. Assim, o processo de capacitação da pessoa e, simultaneamente, do prestador de cuidados, a partir de conhecimentos e capacidades a adquirir durante o processo de reabilitação, foi uma das componentes que considere mais oportunas de desenvolver nos contextos de Estágio, considerando assim a inclusão de ambos no plano de ER um pilar fundamental para o alcance dos resultados esperados.

Destarte, o domínio ético e legal do Enfermeiro Especialista, reúne em si um conjunto de conhecimentos éticos e deontológicos que proporcionam uma avaliação adequada e uma melhoria contínua na prestação de cuidados de excelência, com base nas preferências da pessoa alvo de cuidados especializados (Regulamento n.º 140/2019). Neste âmbito, e no decorrer das atividades desenvolvidas em contexto de Estágio, a prestação de cuidados enquanto futura EEER manteve a conduta de que os princípios e os deveres éticos se encontram presentes, independentemente do contexto em que ocorre a prestação de cuidados, sendo transversais a todas as pessoas e ambientes envolventes em que os cuidados são prestados (Deodato, 2023). Assim, a prestação de cuidados durante o Estágio de ER na comunidade manteve exatamente os princípios éticos e deontológicos em relação aos contextos de internamento numa instituição de saúde ou num CR. Como tal, a prestação de cuidados na área especializada de ER incide sobre pessoas com condições especiais decorrentes de um processo de saúde-doença, nomeadamente com presença de alterações ao nível da funcionalidade e autocuidado, no entanto os seus valores, direitos e dignidade mantêm-se íntegros e inalterados perante uma fase de transição, demonstrando desta forma

que a intervenção é baseada na ética de Enfermagem (Deodato, 2023; RNAO, 2023; Smith & Parker, 2015).

De forma a dar resposta a estas questões éticas que se verificam aquando da prestação de cuidados, foi imprescindível manter a conduta que está presente no exercício comum de Enfermagem, o Código Deontológico dos Enfermeiros, permitindo assim um agir de forma fundamentada e o desenvolvimento da melhoria contínua dos cuidados, a partir de um conjunto de deveres inerentes ao profissional de Enfermagem que têm como objetivo comum o alcance de boas práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim, destaca-se o Artigo 84.º “Dever de informar” e Artigo 85.º “Do dever de sigilo”, mais concretamente aquando da realização dos dois Relato de Caso Clínico (RCC) elaborados no decorrer do Estágio de Reabilitação na Comunidade e Estágio Profissionalizante, com a formalização dos pedidos à Comissão de Ética (Apêndice I e II) e respetivos pareceres positivos pela Comissão de Ética da ESSATLA (Anexo II e III), bem como a explicação do estudo a ser efetuado, com base nos consentimentos informados facultados à pessoa/ prestador de cuidados em cada estudo efetuado (Apêndice III e IV). Estas etapas efetuadas durante a elaboração dos RCC foram cruciais para manter os princípios éticos inerentes à profissão, pois assim foi possível reconhecer o direito à informação da pessoa/ prestador de cuidados, promover o direito e o respeito ao consentimento informado e facultar a informação solicitada pela pessoa inerente aos cuidados de Enfermagem prestados (Decreto-Lei n.º 156/2015; Padilha et al., 2021).

Assim, e de forma a manter a dimensão ética sempre presente nos cuidados de Enfermagem, é fundamental ter presente que a pessoa, apesar de enfrentar uma situação de saúde-doença não está privada dos seus direitos, dignidade e liberdade de expressão e decisão acerca dos cuidados que lhes são prestados, pelo que o Enfermeiro deverá promover a inclusão da pessoa na gestão da sua saúde, com base nas suas vontades e interesses (Nunes, 2024a).

Deste modo, além da importância de manter os cuidados centrados na pessoa e respeitar os valores e decisões da mesma, é fundamental que o EEER promova a sua dignidade simultaneamente à promoção de qualidade de vida, promovendo a igualdade de oportunidades no seu processo de reabilitação, independentemente das incapacidades que cada pessoa apresenta (Deodato, 2023). Tal como é referido pela RNAO (2025), a componente ética inerente aos cuidados de saúde, deverá demonstrar um conjunto de atitudes e

comportamentos dirigidos à pessoa, mantendo o respeito no seu todo, com base numa relação terapêutica com vista à melhoria dos resultados e da satisfação da pessoa (Kitson , 2018). Este aspeto foi fundamental no decorrer deste Estágio, demonstrando assim a pessoa como sendo o foco no processo de reabilitação, nomeadamente na adaptação do plano de cuidados de forma a manter-se centrado e individualizado conforme as suas respostas humanas. Posto isto, é fundamental manter presente que o exercício profissional de Enfermagem apresenta a premissa de manter o desenvolvimento da profissão com base numa atuação responsável, ética e deontológica que permita incluir um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos inerentes à sua *práxis* e, simultaneamente, mantendo princípios como a dignidade e a autonomia (Decreto-Lei n.º 8/2024). Assim, face às situações vivenciadas em contexto clínico, foi fundamental manter o respeito pela decisão que cada pessoa/ prestador de cuidados assumiu perante o seu processo de reabilitação, mantendo presente a importância da transmissão de informação baseada no enquadramento científico, demonstrando deste modo as competências enquanto futura EEER, evidenciando a importância da área especializada em cada fase do plano de reabilitação desenvolvido com a pessoa/ prestador de cuidados e, simultaneamente, manter o respeito pela decisão que cada pessoa assume perante o seu processo de reabilitação. Um exemplo considerado como desafiante enquanto estudante do Mestrado em ER, que explana esta mesma situação, relaciona-se com a recusa de sessões/ treinos por parte da pessoa/ prestador de cuidados em determinados momentos do seu processo de reabilitação, em que a premissa de manter o respeito ético e deontológico aliado à responsabilidade profissional foi determinante, quer para a continuidade dos cuidados de ER, quer para a relação terapêutica estabelecida e essencial para a continuidade dos cuidados.

Já em relação ao domínio da melhoria contínua da qualidade inerente aos cuidados prestados, considera-se, primeiramente, que a integração na equipa transdisciplinar nos três contextos de Estágio foi determinante para uma partilha de conhecimentos técnico-científicos e, deste modo, possibilitar o desenvolvimento de atividades fundamentais no percurso enquanto futura EEER. Assim, no âmbito da UC do Estágio de Reabilitação na Comunidade, mais precisamente no contexto em UCC, por forma a incluir estes mesmos conhecimentos inerentes à área especializada de ER, o recurso a instrumentos de avaliação adequados à pessoa inserida no seu contexto domiciliário, permite assim um registo de intervenções e um

plano de cuidados de ER fomentado nas duas plataformas de registo *GestCare CCI*[®] e *SCLínico*[®], em conformidade com a RNCCI. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2016), por forma a evidenciar os resultados obtidos por meio das intervenções específicas do ER, deverá proceder-se ao registo das mesmas e proporcionar uma continuidade dos cuidados, mantendo as boas práticas e a inclusão de projetos de investigação, sendo que o recurso à utilização de instrumentos de medida/ recolha de dados em ER são determinantes. Assim, a utilização de escalas como a Escala *Medical Research Council Muscle Scale* (MRC) (Ordem dos Enfermeiros, 2016), a Escala de Equilíbrio de *Berg* (Paiva, 2016) e o Índice de Barthel (Direção-Geral da Saúde, 2011b), foram alguns dos instrumentos mais utilizados na documentação das intervenções de ER. Assim, e perante a necessidade de melhorar os resultados obtidos com base no recurso aos diversos instrumentos/ escalas e após uma reunião informal com a enfermeira supervisora na UCC, avaliou-se a necessidade de proporcionar informações às pessoas admitidas na UCC após serem submetidas a cirurgia decorrentes de processos ortotraumatológicos, bem como aos prestadores de cuidados, destacando-se assim a realização de dois folhetos informativos destinados a pessoas submetidas a Artroplastia Total da Anca (Apêndice V) e Artroplastia Total do Joelho (Apêndice VI), existindo a possibilidade de os mesmos contribuírem para projetos futuros da instituição. Tal como referem H. Teixeira et al. (2021), o envelhecimento populacional e o conseqüente aumento do risco de ocorrência de quedas, conduzem a um aumento do número de internamentos por fratura do fémur, dado que este evento conduz a limitações nas AVD, diminuição da funcionalidade e diminuição da qualidade de vida da pessoa, sendo o EEER detentor de competências especializadas para implementar um programa de reabilitação, proporcionando um conjunto de estratégias que fomentem as suas capacidades para uma reinserção no seu contexto social e familiar. Por sua vez, Preto et al. (2019) referem que outra perspetiva do impacto do envelhecimento na saúde da população relaciona-se com problemas de osteoporose e, por conseguinte, a sua consequência na maior articulação de suporte de peso, a articulação do joelho, sendo a artroplastia total do joelho, um dos tratamentos cirúrgicos mais comuns para a pessoa, que carece de uma intervenção especializada do EEER no seu processo de reabilitação, mais precisamente na qualidade de vida e funcionalidade. A evidência científica acima demonstrada é um exemplo que exprime o efeito de um plano de cuidados de ER individualizado, podendo resultar em benefícios cruciais no processo de reabilitação da

pessoa submetida a este tipo de cirurgias, tendo sido fundamental para sustentar a elaboração do material de apoio que foi disponibilizado às pessoas e aos seus prestadores de cuidados, com ênfase nos cuidados e exercícios a realizar para melhorar o seu potencial de recuperação. Estes dois exemplos de atividades desenvolvidas no contexto comunitário e mencionadas anteriormente, constituíram uma oportunidade de melhorar continuamente os cuidados futuros da população admitida na UCC em processo de recuperação pós-cirúrgica, fornecendo deste modo um conjunto de estratégias que promovem a adesão ao plano de reabilitação delineado entre a pessoa/ prestador de cuidados e o EEER, como é o exemplo, dos cuidados a ter em consideração no período pós-operatório e os exercícios recomendados para a sua recuperação. Por sua vez, a elaboração deste material de apoio constituiu uma oportunidade de mobilizar conhecimentos no decorrer do processo formativo e a possibilidade de incorporar os mesmos em projetos futuros no âmbito da melhoria contínua dos cuidados na UCC, promovendo assim uma *práxis* patente numa intervenção diferenciada e, simultaneamente, num ambiente promotor cuidados de saúde de qualidade.

Por sua vez, no Estágio Profissionalizante, e no decorrer das intervenções implementadas no CR, foi fundamental avaliar com a equipa de Enfermagem a necessidade da elaboração de um folheto informativo acerca do cateterismo vesical intermitente (Apêndice VII), por meio do preenchimento de um formulário através do *Google Forms* (Apêndice VIII), com o objetivo de compreender a pertinência deste estudo e a consequente divulgação de informação para a pessoa/ prestador de cuidados, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e capacidades para a realização deste procedimento fundamental no processo de reabilitação da pessoa com LVM. Assim, e tendo em consideração a participação de 14 elementos do serviço (a equipa prestadora de cuidados é composta por um total de 19 profissionais), atingiu-se aproximadamente 74% das respostas possíveis aquando da análise dos resultados (Apêndice IX). Deste modo, verificou-se que 85,7% dos elementos mencionaram que seria pertinente abordar a temática acerca do cateterismo vesical intermitente numa atividade desenvolvida no serviço, sendo que 100% consideraram que a elaboração de um folheto informativo seria um material educativo importante para minimizar as dificuldades que as pessoas apresentam perante a execução desta técnica. O autocontrolo da eliminação urinária é uma das alterações que mais se verifica na pessoa com LVM, sendo que esta técnica carece de um ensino à pessoa e ao prestador de cuidados, na medida em que é fundamental capacitar os mesmos para

colocar em prática este procedimento, bem como gerir o material necessário para realizar a técnica no domicílio, de forma a proporcionar independência, autonomia e adaptação a uma nova realidade do quotidiano da pessoa portadora desta patologia (Henriques & Fumincelli, 2023). Assim, e com o objetivo de reunir informações com base na mais recente evidência científica, numa fase posterior à análise dos dados obtidos no questionário aplicado, foi desenvolvido um enquadramento teórico/ concetual acerca do cateterismo vesical intermitente na pessoa com LVM (Apêndice X). É de salientar que a elaboração dos folhetos informativos, carece da elaboração do diagnóstico de situação, que incluiu a avaliação dos mesmos por elementos da equipa transdisciplinar e pessoas alvo de cuidados de ER, por forma a avaliarem a linguagem e apresentação que cada folheto informativo apresentava, uma vez que tal como referem Rosendo e Santiago (2017), este material de apoio deve apresentar uma linguagem acessível e organizada, com apresentação e estrutura adequada, e contemplar conteúdo científico e adequado à literacia, com a finalidade de serem compreendidos e informarem as pessoas.

Numa outra perspetiva enquanto futura EEER, e ainda numa fase inicial do percurso formativo, surgiu a oportunidade de participar na comissão organizadora do Dia Nacional do Enfermeiro, sendo esta atividade desenvolvida pela ESSATLA (Anexo IV), em que foi possível mobilizar um conjunto de conhecimentos científicos e assistir a uma partilha de informação baseada na última evidência científica por parte de profissionais que fomentam a importância da investigação em Enfermagem, exprimindo assim experiências e atividades que proporcionam acréscimo à importância que a disciplina e profissão de Enfermagem reflete na sociedade. Esta partilha de conhecimento entre estudantes, profissionais de Enfermagem e equipa de docentes de Enfermagem, proporcionou uma reflexão acerca da *práxis* na atualidade e de projetos inovadores para o futuro enquanto elementos fundamentais nos cuidados de saúde, tendo como principal objetivo o desenvolvimento do domínio de competências da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Assim, a melhoria contínua dos cuidados de ER requer um conjunto de atitudes por parte do EEER tendo em vista o crescimento profissional e diferenciado, com base numa *práxis* reflexiva acerca do desenvolvimento de competências, que constitui um fator determinante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo que a ER ao centrar-se no cuidado e na

funcionalidade promove a inclusão de pessoas com deficiência, contribuindo para uma sociedade inclusiva (Marques et al., 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, é necessário mobilizar estratégias que permitam desenvolver intervenções de Enfermagem a partir de uma análise, planeamento e avaliação face às situações e contextos, articulando os conhecimentos técnico-científicos ao processo de saúde-doença de cada pessoa (Barros et al., 2022). A aquisição desta competência desenvolve-se em percursos formativos na área de gestão e relacionados com organizações de saúde, sendo necessária nas diversas vertentes dos cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados) (Pontes & Santos, 2023). Na área específica de ER, e face aos desafios que os cuidados de saúde enfrentam na atualidade, a organização dos cuidados carece do desenvolvimento de competências na área da liderança, através do desenvolvimento de capacidades, atitudes e conhecimentos que conduzem a uma dinâmica imprescindível para orientar, supervisionar e avaliar o desempenho dos elementos da equipa (Pontes & Santos, 2023). Assim, e face à responsabilidade dos Enfermeiros gestores nos diversos contextos de Estágio, foi notória a sua capacidade dinamizadora de atividades que promovem a eficácia e a eficiência das intervenções do ER, indo ao encontro do que Páscoa e Rosário (2024) afirmam acerca da gestão dos cuidados na área de Enfermagem, mencionando que este conceito é a razão entre a gestão e o ato de cuidar, sendo que o cuidado direto (pelas ações diretas na prestação de cuidados) ou indireto (inerente à gestão dos cuidados) têm um objetivo em comum de proporcionar à pessoa cuidados individualizados e de qualidade, tendo por base uma operacionalização eficaz e eficiente por parte dos elementos que assumem responsabilidade de liderança. Assim, a organização dos cuidados de ER, prima por métodos de organização de trabalho que visam a promoção da qualidade, através de um sistema de melhoria contínua no exercício profissional de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Neste âmbito, a experiência vivenciada aquando da participação nas reuniões entre a equipa transdisciplinar na UCC, que inclui a presença do EEER, Enfermeiros de cuidados gerais, Fisioterapeutas, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional e Técnica Superior de Serviço Social, permitiu a partilha de informações acerca das pessoas admitidas na UCC e dos seus prestadores de cuidados, fomentando assim a importância do conhecimento e avaliação de cada elemento da equipa transdisciplinar em cada visita domiciliária. É de referir, que a aprendizagem e o contributo destas reuniões na prestação de cuidados no decorrer do Estágio

foram cruciais na adaptação de cada plano de reabilitação, quer às condições físicas, psicológicas e sociais de cada pessoa, como também em relação ao seu contexto envolvente. Posteriormente, no Estágio Profissionalizante que decorreu no CR, aquando do programa de reabilitação existe a programação de reuniões entre a equipa transdisciplinar, com a finalidade de estabelecer objetivos de cada pessoa/ caso clínico, avaliar os resultados obtidos até ao momento e delinear quais os resultados a atingir na fase seguinte do programa de reabilitação. Na maioria dos programas de reabilitação, são planeadas três reuniões, de forma a coincidirem com as fases inicial, intermédia e final do programa. Assim, cada profissional da equipa transdisciplinar realiza um registo num documento de avaliação partilhado, sendo que o EEER responsável procede à avaliação de um conjunto de componentes, como por exemplo, nível de independência através da Escala MIF (Direção-Geral da Saúde, 2011b), AIVD, avaliação de instrumentos, nomeadamente para avaliação do risco de queda e úlcera por pressão (Direção-Geral da Saúde, 2011a, 2019), participação do prestador de cuidados no plano de reabilitação e as condições habitacionais (com o objetivo de identificar as barreiras arquitetónicas existentes para o regresso ao domicílio da pessoa). Esta oportunidade no contexto de Estágio Profissionalizante permitiu desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados, colaborando no processo de tomada de decisão e definição de objetivos de reabilitação entre a equipa transdisciplinar, reunindo um conjunto de conhecimentos científicos que se adequam às respostas humanas e preferências da pessoa, fundamentando as decisões na perspetiva do EEER e de líder no processo de reabilitação de cada pessoa/ prestador de cuidados.

Importa salientar, que neste contexto de Estágio em específico, convoca-se o prestador de cuidados de referência da pessoa admitida no serviço, para participar em reuniões de família, em que está presente a equipa transdisciplinar (Equipa Médica, Técnico Superior de Serviço Social, Psicóloga e Enfermeiro responsável) com o objetivo de partilhar a evolução da pessoa face ao plano de reabilitação, sendo que este é considerado um momento oportuno para o prestador de cuidados também colocar as suas dúvidas/ receios aos diversos profissionais e, simultaneamente, é possível proporcionar um conjunto de conhecimentos que conduzem ao seu empoderamento e capacitação e, conseqüentemente, à sua participação ativa no processo de reabilitação. O planeamento deste tipo de reuniões com o prestador de cuidados, refere-se pelo menos a duas sessões, nomeadamente na fase inicial e final do programa, no

entanto poderá ser necessário um acréscimo de reuniões, tendo em conta a resposta da pessoa ao plano de reabilitação delineado e o nível de capacitação em que o prestador de cuidados se encontra. Assim, a articulação que se verifica entre a equipa transdisciplinar e o prestador de cuidados, também é considerada como um foco na gestão dos cuidados de ER, incluindo assim os mesmos no processo de cuidados, bem como nos objetivos a atingir em cada programa de reabilitação.

Face aos exemplos acima descritos, salienta-se a importância de manter a pessoa no centro dos cuidados e assim, manter a mesma incluída e incentivada a participar ao longo do plano de reabilitação, destacando a importância de uma transição de cuidados de saúde segura através da partilha de informação pertinente e centrada na pessoa/ prestador de cuidados entre os vários profissionais que compõem a equipa transdisciplinar do plano de reabilitação (RNAO 2023, 2025). Para tal, a responsabilidade do ER perante a partilha de informação da pessoa e avaliação decorrente dos resultados atingidos e a atingir no plano de reabilitação, determinam a importância da responsabilidade sobre as suas ações devidamente suportadas em conhecimento robusto que permitem uma tomada de decisão fundamentada, considerando a pessoa como elemento central na tomada de decisão inerente ao seu processo de reabilitação (Nunes, 2024b). Aquando destas experiências, foi notável a autonomia que o ER apresenta perante a sua ação, justificando a razão pela qual inclui determinada intervenção de ER, tendo como finalidade a adesão ao programa de reabilitação e, conseqüentemente, a capacitação da pessoa para o seu regresso ao domicílio.

A mobilização de conhecimentos nesta área especializada e as experiências/ atividades desenvolvidas durante os Estágios, conduziram ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, sendo esta considerada como um dos domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). A formação conduz à aquisição de competências essenciais para o desenvolvimento do profissional e da instituição, desenvolvendo estratégias focadas na inovação, adequadas às necessidades e com vista a resultados eficientes, pelo que a aposta na qualidade da formação é fundamental na transformação de conhecimentos em competências adquiridas (M. Sousa, 2024).

Uma das estratégias explanadas no Plano Nacional de Saúde 2021-2030, face às necessidades de saúde atuais, está relacionada com a reflexão do conhecimento científico e boas práticas,

contribuindo assim para uma intervenção fundamentada e para o processo de tomada de decisão (Direção-Geral de Saúde, 2022). Segundo o ICN (2020), os Enfermeiros Especialistas são os profissionais de área especializada que são líderes no avanço que a Enfermagem apresenta na sua *práxis*, por meio do ensino e de uma prática baseada e fundamentada em evidência científica, sendo traduzido em práticas de alta qualidade, com tendência para a promoção de ganhos em saúde e, conseqüentemente, melhorias na área financeira.

Decorrentes de diversos fatores, como por exemplo, o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crónicas, é necessário atualizar e proporcionar uma evolução na área de intervenção de Enfermagem, nomeadamente ao nível da informação disponibilizada que traduz uma fundamentação às intervenções de Enfermagem, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados (Nunes, 2024c). Assim, apresentar uma evolução dos registos de Enfermagem ao nível do processo de Enfermagem, engloba a evidência necessária para o planeamento da prestação de cuidados, resolução de problemas e tomada de decisão com vista à melhoria contínua dos cuidados, sendo este um aspeto fundamental na ER, de modo a evidenciar o seu contributo e tomada de decisão perante cada caso clínico (Mendes, 2024).

Durante o Estágio em contexto comunitário, de forma a orientar a prestação de cuidados das pessoas admitidas na UCC, enquanto estudante e de forma a fomentar o percurso de aprendizagem, considerei oportuna a elaboração de um registo diário sobre as intervenções de ER realizadas nas visitas domiciliárias (Apêndice XI). Este registo de dados inerentes à prestação de cuidados, permitiu reunir sucintamente um conjunto de informação importante acerca de conhecimentos baseados na evidência científica e, conseqüentemente, serem oportunos para o processo de Enfermagem, considerado como um método de organização dos cuidados de ER e fundamental para a tomada de decisão e planeamento de futuras intervenções (Mendes, 2024).

Uma das atividades desenvolvidas durante os Estágios em UCC e CR, foi a elaboração de RCC, sendo que no contexto comunitário o mesmo refletiu-se na área de processos ortotraumatológico (Apêndice XII). Assim, através da mobilização de conhecimentos científicos na área e no respetivo planeamento de cuidados por meio do processo de Enfermagem, foi possível compreender a importância e os benefícios decorrentes da intervenção do EEER no período pós-cirúrgico da pessoa com fratura do fémur, nomeadamente na promoção do

autocuidado e na capacitação do prestador de cuidados através da sua inclusão no planeamento de cuidados, fomentando a importância de contribuir para uma transição do meio hospitalar para o domicílio o mais saudável possível (Matos & Simões, 2020; Palma et al., 2021).

Já no contexto do Estágio Profissionalizante em CR, o RCC incidiu sobre a pessoa portadora de patologia traumatológica e neurológica (Apêndice XIII), mais precisamente uma pessoa com LVM. Tal como referem S. Sousa et al. (2022), a ER apresenta uma responsabilidade relevante na fase inicial do processo de reabilitação da pessoa com LVM com vista à independência e autonomia da pessoa, prevenindo complicações decorrentes do processo patológico, promovendo o autocuidado e a funcionalidade, sendo fundamental para a sua reintegração social (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). No entanto, perante o caso clínico selecionado para a formulação do RCC, tive a possibilidade de aprofundar o conhecimento acerca do efeito a nível psicológico decorrente da LVM, por exemplo ao nível de ansiedade, depressão e *stress* após o trauma, sendo que a intervenção especializada do ER no planeamento para a alta e regresso ao domicílio são determinantes para a pessoa atingir o máximo de independência e autonomia decorrentes das limitações da sua nova condição de saúde (S. Sousa et al., 2022).

Deste modo, o desenvolvimento destas atividades explanadas anteriormente e de todas as aprendizagens desenvolvidas nos diversos contextos de Estágio, permitiram atingir resultados de qualidade e assim, atuar em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente em relação à satisfação da pessoa, promoção da saúde, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). As atividades realizadas foram cruciais no desenvolvimento de aprendizagens, na medida em que reuniram um conjunto de conhecimentos científicos e aptidões relacionais, sendo estes fundamentais para a *práxis* clínica e para o desenvolvimento do domínio de competências relacionado com o desenvolvimento de aprendizagens no decorrer da prestação de cuidados de ER. Assim, atingir níveis de qualidade nos cuidados prestados de ER, face aos desafios que a sociedade enfrenta atualmente e promovendo a inclusão da pessoa neste processo, conduz à excelência do exercício profissional expressa pelos padrões de qualidade mencionados (Martins et al., 2018).

2.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Relativamente ao desenvolvimento de competências, existem diretrizes que são consideradas fundamentais, entre as quais: identificar, planear, conceber, executar e avaliar, possibilitando assim o desenvolvimento de planos de ação robustos e adequados, com base em conhecimento científico (Barata, 2023). Assim, e no que concerne ao EEER, é fundamental que o mesmo reflita acerca das necessidades e dificuldades que identifica na prestação de cuidados do seu contexto profissional ou quando se verificam mudanças no contexto clínico em que estava inserido (Barata, 2023). Destarte, as competências de ER reúnem em si um conjunto de conhecimentos teóricos, mas também acentuados conhecimentos técnicos que permitem a execução da componente técnica imprescindível no plano de ação do EEER (Barata, 2023).

Assim, face à importância da intervenção do EEER na área de Enfermagem, observa-se a necessidade de incluir novos conhecimentos baseados em evidência científica e desenvolver investigação robusta e pertinente à sua *práxis* (Gaspar et al., 2021). De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, estão definidas as seguintes competências específicas do EEER:

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

No que concerne aos planos de intervenção de ER implementados nos vários contextos de Estágio, saliento a importância da utilização de sistema de informação e tecnologias de informação disponíveis nas instituições, de modo a promover uma linguagem classificada e organizada que facilita a comunicação de informação e a padronização dos registos de ER (Pestana, 2023). No contexto comunitário e serviço de Pneumologia, as plataformas *GestCare CCI*® e *SCLínico*® (disponíveis na UCC) e *Glintt*® (disponível no serviço de internamento de Pneumologia e Hospital de Dia) permitem os registos de ER, sendo fundamentais para o processo de Enfermagem e, conseqüentemente, elaboração do plano de intervenção individualizado após a avaliação efetuada em cada visita domiciliária ou sessão de ER. Por sua vez, no serviço de internamento do CR, os registos de Enfermagem não eram efetuados em

plataformas informatizadas, mas procedia-se à elaboração do plano de cuidados de ER em suporte físico, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, permitindo assim a identificação e avaliação das respostas humanas da pessoa, os objetivos a atingir durante a implementação do plano de reabilitação, as intervenções específicas de ER e a avaliação das mesmas. Face à complexidade dos cuidados de ER e à melhoria destes, a utilização de recursos que traduzem a sustentação de uma *práxis* com cuidados de qualidade, como é o caso da Ontologia em Enfermagem e do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, conduzem a uma linguagem uniformizada e estruturada no plano de cuidados da pessoa. Deste modo, aquando da elaboração dos RCC (Apêndice XII e XIII) foi possível mobilizar conhecimentos na utilização de recursos disponíveis para documentar o plano de cuidados, bem como torná-lo o mais individualizado possível face às respostas humanas da pessoa e do seu prestador de cuidados. Importa referir que aquando da elaboração de planos de ER, foi notório a importância que a utilização de instrumentos de avaliação apresenta na evidência e justificação dos resultados obtidos, como por exemplo aquando da utilização da Escala de Berg (Paiva, 2016), Escala MRC (Ordem dos Enfermeiros, 2016), Índice de Barthel (Direção-Geral da Saúde, 2011b), Escala MIF (Direção-Geral da Saúde, 2011b), entre outros. Assim, na área de ER importa analisar as propriedades métricas dos instrumentos, de modo a minimizar o risco de viés nos estudos efetuados, tendo em consideração a sua validade, reprodutibilidade e responsividade, permitindo desta forma avaliar a incapacidade, avaliar os progressos e a eficácia do plano de reabilitação, melhorar a comunicação entre elementos da equipa transdisciplinar e documentar as intervenções de ER dando continuidade à melhoria aos cuidados (Luís Sousa et al., 2023).

De forma a identificar as respostas humanas da pessoa nas diversas fases do ciclo vital, e tendo em consideração os diversos processos de cuidados na área especializada de ER, as horas de estudo autónomo ao longo dos Estágios foram fundamentais para adquirir conhecimentos científicos em diversas áreas de processos, que contribuem para o diagnóstico de alterações que a pessoa apresenta. Por exemplo, durante o Estágio de Reabilitação na Comunidade, e sendo este o primeiro contacto direto na prestação de cuidados enquanto futura EEER, tive a oportunidade assistir a um conjunto de *Webinars* disponibilizados pela Ordem dos Enfermeiros e mencionados pela equipa docente como sendo um recurso importante na

mobilização de conhecimentos, elaborando um resumo acerca dos mesmos, com mais ênfase na área de processos dos cuidados respiratórios, sendo o mesmo realizado em conjunto com duas colegas do presente Mestrado (Apêndice XIV).

Face à mobilização de conhecimentos científicos e mantendo a premissa de centralizar os cuidados na pessoa, é fundamental compreender o efeito da intervenção do EEER, pelo que a valorização de aspetos singulares inerentes a cada pessoa contribui para corresponder aos seus objetivos, com foco nas suas respostas humanas e nas suas capacidades, de forma a capacitar e emancipar a pessoa na sua nova realidade e, assim, contribuir para o seu bem-estar (Pereira, Martins, Machado et al., 2025; RNAO, 2025).

A maximização da funcionalidade ao longo do ciclo vital e a promoção do autocuidado, implica um conjunto de intervenções diferenciadas no treino de exercício físico, sendo esta uma ferramenta essencial para complementar a atividade física no treino de AVD e fundamental na implementação de um plano de reabilitação prescrito pelo EEER (A. Novo et al., 2021). Assim, exercício físico é considerado como uma tipologia de atividade física, mas que carece de uma prescrição, sendo esta intervenção central na prestação de cuidados do EEER, que obedece a um conjunto de parâmetros, de forma a promover o aumento da tolerância à realização de exercícios (A. Novo et al., 2025). Desta forma, a prescrição de exercício físico deverá contemplar os princípios do FITT-VP, com o objetivo *major* de melhorar o desempenho da pessoa durante o plano de reabilitação (A. Novo et al., 2025). Por sua vez, e relacionando esta temática com a Teoria de *Afaf Meleis*, quando a pessoa enfrenta uma situação de transição, verifica-se um impacto direto na sua condição de saúde, pelo que é fundamental a promoção de novos hábitos e adaptação às mudanças ocorridas, sendo o exercício físico considerado um método facilitador no processo de transição de saúde-doença (A. Novo et al., 2025).

Durante a implementação destes princípios na prescrição de exercício físico nos diversos contextos de Estágio, os mesmos foram determinantes para o sucesso do plano de reabilitação, de forma a capacitar a pessoa face às mudanças que se verificam decorrentes dos diversos processos patológicos. Por exemplo, no contexto de Estágio no serviço de Pneumologia, destaco a importância da prescrição de exercício físico como intervenção autónoma do EEER, nomeadamente nas pessoas admitidas em contexto de ambulatório no

Hospital de Dia e na unidade de internamento, com recurso aos ginásios e aos produtos de apoio disponibilizados nos mesmos. Em cada sessão de ER, destaca-se a importância de conceber os planos de intervenção, recorrendo a estratégias promotoras de reeducação ao esforço e avaliação dos resultados obtidos com base na intervenção diferenciada do ER. No entanto, foi notório que a intervenção em contexto de ambulatório e em contexto de internamento na fase mais aguda, apresentam ajustes importantes a ter em consideração no plano de reabilitação, como por exemplo, a estabilização da doença, as limitações que a pessoa apresenta em cada avaliação, a motivação da pessoa, entre outros (A. Novo et al., 2021). Também no contexto de internamento no CR, a implementação de treinos com base nesta metodologia, refletiram resultados com efeito, por exemplo, no grau de dependência nos diversos autocuidados, tal como se verificou no RCC elaborado durante o Estágio (Apêndice XIII), promovendo assim o autocontrolo e autocuidado da pessoa no processo de transição de saúde-doença, com vista à melhoria da funcionalidade e autonomia. Relativamente ao contexto comunitário e destacando-se a população idosa na maioria das visitas domiciliárias às pessoas admitidas na UCC, foi fundamental compreender que a promoção do exercício físico é um dos focos de atenção por parte do EEER nos programas de envelhecimento ativo, resultando no aumento da capacidade funcional, reintegração social, entre outros (Faria, Martins, Ribeiro, Gomes et al., 2020).

Deste modo, as atividades desenvolvidas em contextos de Estágio foram cruciais para compreender a importância da intervenção diferenciada do EEER através da implementação de planos especializados com a pessoa que apresenta condições de saúde/ deficiência com efeito na sua independência, qualidade de vida e inclusão social (Regulamento n.º 392/2019).

No que concerne ao processo de capacitação da pessoa que apresenta deficiência, limitação da atividade e/ou alterações na participação social, a intervenção especializada de ER concentra-se na elaboração de planos de reabilitação que integrem o treino de AVD, de forma a promover a melhoria das condições da mobilidade, da acessibilidade e a reintegração social da pessoa face à transição que enfrenta (Regulamento n.º 392/2019). Neste âmbito, destaco a experiência proporcionada no CR no sentido de ter possibilitado a realização de horas de contacto na Unidade Terapêutica AVD, caracterizada pela implementação de programas relativamente ao treino de AVD. Neste mesmo serviço, sendo a equipa composta exclusivamente por EEER, que mantêm a articulação com os restantes elementos da equipa

transdisciplinar, a pessoa admitida em contexto de internamento apresenta a possibilidade de realizar o treino de AVD em complemento ao treino já efetuado no serviço de internamento. Assim, o espaço está estruturado de forma semelhante a um domicílio e organizado com diversos tipos de produtos de apoio e ajudas técnicas disponíveis no CR. Deste modo, o ensino, treino e instrução disponibilizada pelo EEER tem em vista a independência e autonomia da pessoa nos diversos autocuidados, como por exemplo, no alimentar-se, posicionar-se, transferir-se, andar, higiene, eliminação vesical e intestinal e vestuário. Por sua vez, os produtos de apoio disponibilizados na unidade permitem prevenir, compensar, aliviar e monitorizar as limitações, incapacidades e restrições da pessoa na realização de AVD e AIVD (Vigia et al., 2023). Sendo os produtos de apoio, instrumentos que o EEER pode recorrer de forma a proporcionar a promoção da autonomia, independência e reintegração da pessoa na comunidade, este profissional é habilitado para a prescrição dos mesmos, englobando os vários domínios como: avaliação das respostas humanas face à necessidade de produtos de apoio, a seleção e aquisição dos produtos de apoio, a colaboração no treino da pessoa e prestador de cuidados com os produtos de apoio e a promoção da acessibilidade aos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2023). A maximização da funcionalidade, a melhoria da qualidade de vida e a adoção de estratégias no que diz respeito à utilização de produtos de apoio são um dos objetivos do plano de reabilitação nesta unidade terapêutica, destacando-se a importância que é disponibilizada ao prestador de cuidados, uma vez que o mesmo é incluído neste processo de reabilitação, sendo considerado um elemento fundamental da reabilitação da pessoa admitida no CR. É de notar que o prestador de cuidados é incentivado a participar nas sessões com a pessoa alvo de cuidados nesta unidade terapêutica, em complementaridade às visitas efetuadas no serviço de internamento, demonstrando assim a responsabilidade do EEER no processo de capacitação da pessoa, bem como do prestador de cuidados.

Enquanto futura EEER, considerei esta uma oportunidade de excelência para compreender como o EEER participa ativamente no processo de reabilitação da pessoa, inclusive na preparação do domicílio para o regresso da pessoa ao mesmo. Uma das experiências que a pessoa em contexto de reabilitação no CR tem oportunidade, e está incluída no plano de reabilitação, relaciona-se com a ida ao seu domicílio durante os fins de semana numa fase mais avançada do plano de reabilitação, consoante a sua condição clínica e a disponibilidade

do prestador de cuidados. Esta atividade é uma excelente oportunidade da pessoa e do prestador de cuidados vivenciarem no seu domicílio o efeito e as consequências da transição de saúde-doença a que estão sujeitos, tendo por base os ensinamentos e o processo de instrução e treino realizado no CR, bem como o material disponibilizado conforme avaliação das condições habitacionais, como por exemplo, empréstimo de tábua de transferência, cinto de transferência, cadeira sanitária, prancha para banheira, entre outros, que permitem assim a adaptação ao domicílio e deste modo, a reintegração no seu meio social.

Os EEER apresentam uma responsabilidade exímia em reunir condições que promovam ambientes acessíveis à pessoa que apresenta mobilidade condicionada, bem como na eliminação de barreiras arquitetónicas, favorecendo assim a sua autonomia e independência que conduzem à sua participação no meio comunitário (Pereira et al., 2018).

Aquando da reflexão sobre a importância que esta experiência representa para a pessoa/prestador de cuidados, a mesma fomenta a ideia de que a intervenção de ER, deverá ser baseada numa abordagem centrada na pessoa e segundo uma visão holística, que não se limita apenas à promoção de independência, funcionalidade e autonomia, como também contribui para uma sociedade mais inclusiva (Pereira, Martins, Machado et al., 2025). É de salientar que os EEER intervêm na necessidade de promoção e integração de condições de acessibilidade, apresentando assim uma atitude proativa na melhoria da qualidade de vida das pessoas (Pereira et al., 2018).

Assim, enquanto estudante do Mestrado em ER e futura EEER, no decorrer do Estágio no CR, considerei pertinente desenvolver atividades com a pessoa/prestador de cuidados, numa das áreas mais prevalentes no serviço de internamento, nomeadamente na pessoa com AVC. Deste modo, e após reunião com a equipa de enfermagem, tendo como objetivo a identificação de atividades prioritárias a realizar no serviço, destacou-se a elaboração de várias atividades pertinentes, entre as quais um tabuleiro de atividades com foco no treino de motricidade fina na pessoa com AVC, denominado “Tabuleiro da Reabilitação” (Apêndice XV). De forma sucinta, o instrumento produzido consiste num tabuleiro com cordas incorporadas, dividido em 5 cores, com acréscimo de 4 molas de cada cor, sendo que a pessoa treina a colocação das molas, tanto na corda como no rebordo do tabuleiro, fazendo corresponder as cores das molas às cores das faixas do tabuleiro. Esta atividade pode ser desenvolvida

individualmente ou em par, sendo determinante a avaliação do EEER, tendo em consideração o instrumento de avaliação elaborado para o efeito, sendo o mesmo aplicado nas sessões realizadas no serviço de internamento (Apêndice XVI).

De forma a conceber planos de reabilitação individualizados e focados na pessoa, é necessário incluir um conjunto de recursos e estratégias dinâmicas que promovam o envolvimento da pessoa, face às suas respostas humanas decorrentes de alterações da funcionalidade em vários níveis, como por exemplo, na área motora, sensorial e cognitiva (Regulamento n.º 392/2019). Outra atividade desenvolvida no Estágio Profissionalizante, nomeadamente, a “Terapia do Espelho” (Apêndice XVII), apresentou o objetivo principal de potenciar a recuperação de um dos défices mais impactantes na pessoa com AVC, a diminuição/ perda da função motoras dos membros superiores, melhorando não só a função motora, mas também a estimulação neural de áreas afetadas (Freitas et al., 2021). Tal como referem F. Teixeira, Silva et al. (2023), a negligência hemiespacial contralateral ao lado da lesão, é um sinal que poderá influenciar a perceção, a atenção e a motricidade, produzindo efeitos diretos no que diz respeito à funcionalidade da pessoa com AVC, sendo que entre a equipa transdisciplinar, a intervenção do EEER é fundamental no processo de capacitação da pessoa, de modo a que a mesma realize as suas AVD, a partir de intervenções implementadas no que concerne ao diagnóstico de Enfermagem “Esquecimento Unilateral” incluído no plano de cuidados de ER, e aliado a técnicas utilizadas tendo em conta as especificidades de cada pessoa, ou seja, intervenções de ER implementadas de forma individualizada. Em relação à presente atividade, também foi desenvolvido um instrumento de avaliação para a “Terapia do Espelho” (Apêndice XVIII), com o objetivo de avaliar o efeito das sessões realizadas no decurso do Estágio, nomeadamente pela avaliação do Índice de Barthel (Direção-Geral da Saúde, 2011b).

Destarte, o recurso a instrumentos didáticos na pessoa com AVC, traduz-se em benefícios através do desempenho de áreas afetadas, estimulando os sistemas sensoriais e cognitivos, com o objetivo de diminuir as limitações decorrentes do processo patológico, desenvolver potencialidades e estimular capacidades físicas, mentais e sensoriais, tendo em vista a promoção da funcionalidade (Magalhães et al., 2020).

Assim, e tendo em consideração as atividades desenvolvidas em contexto de Estágio de forma a desenvolver competências específicas que traduzam o contributo da ER na saúde das

peçoas, em qualquer fase do ciclo vital e em todos os seus contextos, é imprescindível avaliar a qualidade e os resultados obtidos com a intervenção diferenciada do EEER, sendo determinante ter presente os objetivos de referência de forma a promover a melhoria contínua dos cuidados, nomeadamente no que concerne aos enunciados presentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, mantendo uma perspetiva de cuidados centrados na pessoa, no prestador de cuidados e na evidência científica, tal como é referido no *Fundamentals of Care Framework* (Gaspar et al., 2021; Muntlin et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018b; RNAO, 2025). Como tal, torna-se fundamental a avaliação dos resultados expressos por instrumentos de avaliação dos cuidados prestados, nomeadamente através dos PROMs e PREMs que evidenciam a experiência e opinião da pessoa em relação aos cuidados prestados, sendo estes considerados indicadores relevantes tendo como objetivo a melhoria contínua dos cuidados em ER (Mohamed, 2025).

Por outro lado, o prestador de cuidados está sujeito a um conjunto de desafios a nível físico, psicológico e emocional, com tendência a efeitos negativos na sua saúde e bem-estar, devendo assim o EEER recorrer a indicadores específicos direcionados aos prestadores de cuidados, denominados como *Family-Reported Outcomes Measures* (FROM's), de forma a desenvolver estratégias de apoio, que promovam assim a sua saúde e bem-estar e, por conseguinte, cooperem no processo de reabilitação da pessoa que lhes é próxima (Lambert et al., 2025).

O facto de reunir um conjunto de conhecimentos científicos e instrumentos inovadores na área da avaliação dos cuidados com foco na melhoria contínua dos cuidados e, simultaneamente, no desenvolvimento de competências específicas do EEER nos diversos contextos clínicos, permitiram compreender como o EEER é um elemento central no plano de reabilitação da pessoa, prestador de cuidados e comunidade, tendo na base o processo de capacitação, adaptação e reintegração da pessoa na sociedade face à situação de transição de saúde-doença. Assim, o contributo dos EEER torna estes profissionais como agentes de mudança no processo de transição de saúde-doença, como também um participante ativo na tomada de decisão entre a equipa transdisciplinar, de forma a proporcionar respostas de adaptação benéficas (Carina Silva et al., 2019).

2.4. Competências de Mestre

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, a obtenção do grau de mestre é direcionada aos estudantes que tenham desenvolvido conhecimentos e competências no 1.º ciclo de estudos, de modo a aprofundar ou adquirir conhecimentos, permitindo assim desenvolver atividades no âmbito da investigação. Assim, de modo a ser conferido o grau de mestre numa determinada área especializada, como a área de ER, considera-se que é fundamental: incorporar conhecimentos científicos, melhorando a capacidade de tomada de decisão; relacionar conhecimentos adquiridos com as novas experiências e atividades desenvolvidas em contextos desta área; refletir sobre as questões complexas que surgem, articulando com a equipa transdisciplinar e incluindo os aspetos éticos, legais e sociais sobre as decisões tomadas; capacidade de comunicação adequada com todos os elementos da equipa transdisciplinar, transmitindo conhecimentos, intervenções de ER e tomada de decisão, de forma clara e com uma linguagem inequívoca; dar continuidade ao processo de aprendizagem no decorrer da atividade profissional, nomeadamente através de estudo autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Como tal, deve ser fomentada a importância da formação contínua, sendo esta uma componente imprescindível no desenvolvimento de competências, com foco na aquisição de novos saberes, devendo assim existir uma continuidade formativa desde a formação inicial, estando estas diretamente relacionadas com a *práxis*, teoria e investigação (Barata, 2023). Importa referir que é através da evidência resultante da investigação em Enfermagem que se desenvolvem conhecimentos na área de saúde e bem-estar, de modo a melhorar continuamente os cuidados e a fomentar a qualidade da educação em Enfermagem, tendo por base as experiências e problemas das pessoas, dos prestadores de cuidados e da comunidade (Luís Sousa et al., 2022; RNAO, 2025).

Aquando do desenvolvimento de competências nesta área, torna-se fundamental o trabalho complementar a ser desenvolvido como estudo autónomo enquanto estudante do Mestrado em ER, nomeadamente pela participação em diversos eventos que destacam assim a procura de conhecimentos na última evidência científica, dos quais: *Webinar “Gestão, Indicadores e Boas Práticas na Documentação de Enfermagem”* (Anexo V); *Webinar “Da Emergência à Recuperação: Atuação integrada do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa em Processo*

Cirúrgico” (Anexo VI); Seminário “O presente e o futuro dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação nos Centros Especializados” (Anexo VII); *Workshop* “Reabilitação Respiratória: Impacto do treino dos músculos respiratórios” (Anexo VIII); Jornadas “A transição de Cuidados de Reabilitação” (Anexo IX); *Webinar* “Desafios da Gestão em Enfermagem” (Anexo X). Neste âmbito, destaca-se o trabalho desenvolvido pelos EEER, como por exemplo pelo NER de cada instituição, na medida em que o trabalho científico desenvolvido e a missão de partilha com os profissionais/ estudantes, contribuem para o desenvolvimento de atividades dinamizadoras e com impacto na formação especializada de ER. Deste modo, destaca-se o trabalho desenvolvido durante o Mestrado em ER, no que concerne à publicação de um artigo científico “*Rehabilitation Nursing in the prevention of falls in community-dwelling elderly people with a fear of falling*” (Anexo XI), que reúne o trabalho explanado em contexto teórico do presente percurso formativo e a sua aplicabilidade na *práxis* de ER.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), o Enfermeiro tem o dever de intervir junto da comunidade no que se refere às respostas humanas da população, nomeadamente na solução de problemas através de estratégias promotoras de soluções face às intercorrências detetadas, bem como na colaboração com a equipa transdisciplinar no desenvolvimento de programas direcionados às necessidades da comunidade. Destarte, destaco a realização de uma Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção de Quedas e Promoção de Estratégias” (Anexo XII), do qual fui formadora com duas colegas do presente Mestrado em ER, desenvolvendo assim uma atividade estratégica junto da população idosa (Apêndice XIX), destacando deste modo a importância da intervenção especializada do EEER na comunidade. Tal como referem Faria, Martins, Ribeiro et al. (2021), a população idosa carece de intervenções direcionadas para o envelhecimento ativo e desenvolvimento de programas de promoção de saúde, com impacto na sua funcionalidade, pelo que o EEER apresenta uma responsabilidade primordial na literacia em saúde, promoção de estilos de vida saudáveis, acessibilidade e inclusão social.

Deste modo, pode-se concluir que o percurso formativo na área de ER, é considerado um propulsor de boas práticas e inovadoras investigações, que resultam de múltiplos fatores como é o caso dos contextos de *práxis* clínica relacionados com o conhecimento desenvolvido em academia, proporcionando deste modo o desenvolvimento epistemológico de Enfermagem (Padilha et al., 2021).

3. ANÁLISE SWOT

A matriz SWOT é um instrumento criterioso e preciso que permite a avaliação de desempenho, sintetizando os principais fatores internos e externos, com o objetivo de identificar a relação existente entre as forças e fraquezas atuais e as ameaças e oportunidades no ambiente em que está inserido, delineando estratégias para lidar com estes fatores (Alonso et al., 2022; Cleyton Silva et al., 2023; Costa et al., 2024).

A tradução do acrónimo SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities Threats*) para a língua portuguesa, é traduzido como: Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Cleyton Silva et al., 2023). Deste modo, as forças dizem respeito às competências mais fortes que podem ser vantagens competitivas; as fraquezas, relacionam-se com as competências que não são vantagens competitivas, mas que podem ser convertidas em forças após serem analisadas as limitações e serem melhoradas; as oportunidades, que são acontecimentos externos e forças que afetam positivamente o desempenho; por fim, as ameaças são fatores externos não controlados que influenciam negativamente a organização (Cleyton Silva et al., 2023). Beltran et al. (2024), referem que a matriz SWOT engloba os ambientes internos e externos de uma instituição/ indivíduo, em que se inclui os seus pontos fortes e pontos fracos que são determinantes para delinear um plano de ação estratégico.

Assim, a análise SWOT ao identificar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, auxilia a organização e gestão na área de Enfermagem, destacando a responsabilidade do Enfermeiro no planeamento, organização, liderança, coordenação e avaliação dos resultados, demonstrando impacto na qualidade dos cuidados prestados (Cleyton Silva et al., 2023). Esta é uma ferramenta essencial para delinear estratégias complexas, o que conduz a melhoria no processo de tomada de decisão (Beltran et al., 2024).

Relacionando o recurso a este instrumento de avaliação em relação ao percurso formativo em que me encontro, a sua utilização/ aplicação conduz à identificação de pontos fundamentais para o processo de aprendizagem, analisando aspetos críticos e ameaças que influenciam os resultados no âmbito pedagógico (Costa et al., 2024). Destarte, torna-se fundamental incluir este capítulo acerca da análise SWOT na reflexão sobre o percurso decorrido nos Estágios.

O seguinte esquema demonstra, de forma sucinta, os aspetos que considero pertinentes em cada elemento (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças), após a reflexão/ análise da experiência decorrida dos Estágios neste percurso formativo, sendo realizada uma análise mais detalhada posteriormente.

Figura 2. Esquema Análise SWOT



FORÇAS

No que se refere às forças que considero contribuirão para o percurso formativo e, consequentemente favorecendo o sucesso do mesmo, destaco a motivação e empenho para a aquisição e consolidação de conhecimentos nas diversas áreas do saber de ER, considerando que as mesmas são fundamentais para compreender o efeito da intervenção do EEER com a pessoa/ prestador de cuidados. Por sua vez, a capacidade de comunicação com a pessoa/ prestador de cuidados e a relação terapêutica estabelecida foram elementos fundamentais para proporcionar conhecimentos junto dos mesmos, capacitando-os para as novas fases de transição. Já no que concerne à comunicação com a equipa transdisciplinar, esta proporcionou uma integração linear na equipa nos vários contextos de Estágio, surgindo assim

oportunidades de aprendizagem determinantes para a experiência enquanto estudante do Mestrado em ER, como por exemplo o destaque na importância da transição dos cuidados de saúde e a importância que a intervenção especializada de ER apresenta, nomeadamente através da transmissão das informações e necessidades da pessoa entre profissionais da equipa e os diversos contextos para os quais a pessoa poderá ser transferida, não esquecendo também a sua rede de suporte (RNAO, 2023).

Outro ponto forte que considero como promissor para o alcance de resultados positivos nesta formação académica refere-se à iniciativa para o desenvolvimento de atividades relacionadas com os contextos de Estágio, como é o caso da elaboração dos folhetos informativos (Apêndice V, VI e VII) e a criação de tabuleiros de atividades adequados às necessidades identificadas no contexto do Estágio Profissionalizante (Apêndice XV e XVII), assim como o rigor no cumprimento das etapas necessárias para o desenvolvimento de instrumentos deste âmbito (desde o diagnóstico de situação à avaliação final). Este fator, aliado à receptividade de críticas construtivas acerca das atividades desenvolvidas com base nas diretrizes das Enfermeiras Supervisoras e Professoras Orientadoras, foram cruciais para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento das competências inerentes a esta fase de formação.

FRAQUEZAS

Relativamente aos pontos fracos a destacar no decorrer deste percurso académico, relacionam-se com a inexperiência enquanto Enfermeira em áreas específicas de ER. No entanto, considero que esta fraqueza também foi um desafio pessoal que refleti como uma oportunidade para aprofundar conhecimentos em áreas não experienciadas, como por exemplo, a prestação de cuidados na comunidade com a pessoa e o prestador de cuidados, tornando-se este um exemplo com um resultado muito positivo neste percurso.

No decorrer dos vários Estágios, e refletindo sobre os cuidados de ER prestados, senti dificuldade na gestão de tempo face ao plano de cuidados delineado para cada pessoa/prestador de cuidados, necessitando assim de melhorar continuamente este aspeto, com o objetivo de potenciar de forma contínua os resultados obtidos decorrentes das intervenções implementadas e, desta forma, promover a satisfação da pessoa face ao seu plano de reabilitação. Considero que esta premissa seja determinante na responsabilidade do EEER,

quer nas diversas áreas da prestação de cuidados, quer nos vários contextos, sendo fundamental centrar os cuidados na pessoa/ prestador de cuidados de forma individualizada.

Importa salientar que todas as fraquezas que identifiquei em cada momento de reflexão, tornaram-se como um ponto de partida para ultrapassar obstáculos identificados a serem convertidos em momentos de aprendizagem fundamentais à *práxis* de ER.

OPORTUNIDADES

Enquanto estudante do presente Mestrado, considero que o mesmo proporcionou inúmeras oportunidades de aprendizagem, quer a nível profissional, quer a nível pessoal. Assim, aquando da realização dos Estágios e face à diversidade de contextos que surgiram, estes proporcionaram a aquisição de conhecimentos nas diversas áreas de processo de ER, sendo este um excelente momento para mobilizar conhecimentos abordados na componente teórica e compreender a responsabilidade e a tendência para a aquisição de ganhos que a intervenção do EEER representa junto da pessoa que vivencia uma nova fase de transição na sua vida, bem como do prestador de cuidados. A realização dos trabalhos académicos propostos a serem realizados no decorrer da UC, nomeadamente a elaboração de um RCC em ambos os Estágios (Apêndice XII e XIII), não só permitiu a mobilização de conhecimentos acerca de vários temas (como por exemplo, na área orto-traumatológica e neurológica), como a mobilização dos mesmos para uma intervenção individualizada e centrada na pessoa. Tal como é referido pela RNAO (2025), a prática de cuidados centrados na pessoa e baseada em evidência científica, conduz a uma melhoria dos resultados obtidos pela intervenção do Enfermeiro e do relato de experiência pela pessoa/ prestador de cuidados, com uma melhoria da qualidade dos cuidados. Por sua vez, Padilha et al. (2021), afirmam que atualmente a formação na área de ER enfrenta desafios ao nível de desenvolvimento de competências que promovam os processos de transição que estejam adequados e centrados nos contextos individuais e no seu meio envolvente.

Outro aspeto que na minha perspetiva, enquanto futura EEER, foi uma oportunidade de aprendizagem no contexto prático da formação, está relacionado com o facto dos contextos apresentarem objetivos de desenvolvimento de material educativo/ formação em áreas relacionadas com a capacitação da pessoa/ prestador de cuidados. Após as oportunidades direcionadas para o processo de aprendizagem, e face às necessidades avaliadas, a elaboração

de folhetos informativos (Apêndice V, VI e VII) e atividades desenvolvidas com os instrumentos criados face às necessidades identificadas nos serviços (Ex: “Tabuleiro da Reabilitação” e a “Terapia do Espelho”) (Apêndice XV e XVII) foram exemplos de atividades que proporcionaram a pesquisa de informações com base científica, adequando corretamente as mesmas à *práxis*.

Importa referir que todas estas oportunidades mencionadas anteriormente foram uma realidade, tendo por base a disponibilidade e apoio da equipa transdisciplinar dos serviços em que realizei os diversos Estágios, maioritariamente, das enfermeiras supervisoras e professoras orientadoras com quem tive a oportunidade de partilhar as diversas experiências em contextos clínicos. Destarte, o interesse da equipa prestadora de cuidados em relação à aquisição e partilha de conhecimentos científicos, foi determinante para fundamentar o pensamento crítico inerente ao processo de tomada de decisão, com o objetivo de melhorar continuamente os cuidados prestados e, simultaneamente, o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEER e competência de mestre, sendo estas determinantes no percurso formativo em questão.

AMEAÇAS

Atualmente, os serviços de saúde enfrentam desafios no que concerne à escassez de recursos humanos e, por conseguinte, dotações não seguras face às respostas humanas atuais da população, das alterações demográficas e epidemiológicas, das expectativas das pessoas, sendo necessário que o sistema seja capaz de se adaptar às novas circunstâncias da prestação de cuidados de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2024). Esta evidência foi notável nos contextos de Estágio, sendo este um fator que poderá ter influenciado o meu desempenho nos diversos contextos. No entanto, a adaptação de várias estratégias com as enfermeiras supervisoras foi crucial para minimizar o impacto no meu percurso enquanto estudante, como por exemplo, a gestão das horas de Estágio face aos rácios dos profissionais.

Ao refletir acerca da realização do presente Mestrado, considereei que o período de tempo disponibilizado para a preparação/realização de atividades no âmbito dos contextos de Estágio foi um aspeto que se tornou desafiante e exigiu elevada capacidade em relação à gestão de tempo, no sentido de desenvolver atividades/ trabalhos académicos com fundamentação teórica e adequados às necessidades avaliadas. Numa outra perspetiva, a realização de trabalhos académicos face à disponibilidade de tempo para os mesmos e o rigor

científico exigido, constituíram uma ameaça no cumprimento dos mesmos nas datas estipuladas.

Posto isto, posso afirmar que a relação existente entre os diversos elementos da análise SWOT demonstram uma interligação fundamental para a reflexão no que concerne ao desempenho perante as atividades desenvolvidas e o desenvolvimento de competências, constituindo assim uma ferramenta fundamental na reflexão e adoção de estratégias que permitem o sucesso do percurso enquanto estudante do Mestrado em ER.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo do Mestrado em ER termina com a reflexão da responsabilidade do EEER no que concerne às atividades desenvolvidas durante este período e, conseqüentemente, a elaboração do presente Relatório do Estágio Profissionalizante. Dado que existiu a oportunidade de adquirir conhecimento científico na componente teórica em academia, o mesmo foi aplicado e aprofundado em diversas áreas de processo e em contextos no âmbito comunitário, CR e hospitalar, o que permitiu desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre, sendo esta uma premissa para a obtenção do grau acadêmico.

Sendo a Enfermagem responsável, enquanto disciplina e profissão, por intervenções com a pessoa, que têm por base um corpo de conhecimentos científicos com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações/ doenças, esta deve-se focar num cuidado humanizado, individualizado e centrado na pessoa. No que se refere especificamente à ER, esta surge como sendo uma especialidade da área que tem como foco o potencial da pessoa e o seu meio envolvente, com o objetivo de esta reunir um conjunto de capacidades remanescentes e aquisição de outras que lhe permitam atingir a funcionalidade desejada e fundamental para o seu projeto de vida. Neste âmbito, o EEER não é o único elemento fundamental quando o objetivo principal é a reabilitação, destacando-se como elemento-chave: a pessoa. Assim, quando a pessoa enfrenta uma situação de saúde-doença que lhe limita o desenvolvimento de atividades e a participação no seu contexto comunitário, o EEER possui competências direcionadas para melhorar a sua autonomia e funcionalidade e, por conseguinte, proporcionar condições para a pessoa realizar as suas AVD, que se traduzem na promoção da funcionalidade. Este processo de capacitar a pessoa, direcionando intervenções para a aprendizagem e conhecimento, possibilita assim, empoderar a pessoa de informação e estratégias que lhe permitem tomar uma decisão fundamentada e refletida para enfrentar os desafios decorrentes de uma transição de saúde-doença. Deste modo, o EEER surge como um elemento fundamental da equipa transdisciplinar no que concerne ao programa de reabilitação delineado para cada pessoa, emanando um conjunto de conhecimentos e aprendizagens imprescindíveis quer para a pessoa, quer para o prestador de cuidados, ao envolver elementos da rede de apoio e comunidade.

O percurso nos três contextos de Estágio, permitiu evidenciar a importância que o EEER apresenta no planeamento do processo de reabilitação, demonstrando que um plano de reabilitação deve ser implementado nos diversos contextos da prestação de cuidados de saúde, contribuindo assim para a continuidade dos cuidados focados nas respostas humanas da pessoa ao longo do seu ciclo de vida e em qualquer meio envolvente. De um modo mais detalhado, em cada contexto (comunitário, ambulatorio e internamento em CR) e face à tipologia de área de cuidados como os processos orto traumatológico, respiratório, cardíaco e neurológico, foi possível de observar e vivenciar a forma como o EEER adapta as suas intervenções após uma avaliação detalhada e individualizada da pessoa/ prestador de cuidados, mantendo de modo constante o foco na capacitação da pessoa com vista à sua readaptação funcional. Destarte, o conjunto de atividades e trabalhos académicos desenvolvidos durante os Estágios encontram-se em concordância com os cuidados centrados na pessoa com determinada patologia e, não em aspetos exclusivos do problema de saúde/doença.

Deste modo, foram inúmeros os ganhos obtidos face aos objetivos delineados inicialmente para a obtenção do grau de especialista em ER e mestre, desenvolvendo um trabalho sustentado nas evidências científicas mais recentes que permitem uma melhoria contínua dos cuidados prestados, sendo a satisfação da pessoa acerca dos mesmos um foco bastante considerável na avaliação do plano de ER individualizado. Capacitar a pessoa e o prestador de cuidados numa transição de saúde-doença, com vista à readaptação funcional desde a fase inicial de internamento (fase mais aguda) até ao regresso ao domicílio, foi um tema que considerei de extrema importância face às situações vivenciadas na *práxis* enquanto futura EEER, destacando deste modo a importância da continuidade de cuidados perante o processo de transição que a pessoa e o prestador de cuidados vivenciam, indo ao encontro da evidência demonstrada perante a literatura científica.

Face ao explanado ao longo do Relatório, a premissa de implementar um plano de reabilitação e a preparação para a alta com vista ao regresso ao domicílio numa fase precoce, implica cuidados de excelência que contribuem significativamente para a *práxis*, para o crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEER e, conseqüentemente para o rigor inerente ao percurso formativo de ER, destacando a abordagem desta temática em contexto de academia tal como se verificou neste Mestrado. Assim, e fundamentando os cuidados prestados com

base nos referenciais teóricos inerentes à disciplina e profissão, estes sustentam, fundamentam e orientam cientificamente a *práxis*, o ensino e a investigação em Enfermagem.

Tendo em consideração os desafios que surgiram no decorrer do presente Mestrado, face ao grau de exigência em questão, verificaram-se desafios, nomeadamente no que concerne à gestão do tempo enquanto elemento da equipa transdisciplinar nos diversos contextos, o que se tornou um motivo para compreender que o efeito da intervenção diferenciada do EEER é igualmente importante em qualquer momento da fase de transição, bem como em múltiplos contextos e ambientes, sendo este um aspeto fundamental na implementação de projetos de ER em âmbito profissional. Face às experiências vivenciadas na *práxis* enquanto futura EEER, destaco o efeito que o apoio emocional transmitido à pessoa/ prestador de cuidados exerce num plano de reabilitação, destacando assim o parecer de que a ER transpõe o nível físico, ostentando outras dimensões que demonstram também verdadeiramente qual o significado do EEER explanado num plano de cuidados de ER: funcionalidade, autonomia, empoderamento, autocuidado e reintegração social.

Assim, e após este percurso formativo sustentado em evidência e robustez científica adequada aos desafios atuais na prestação de cuidados, num futuro próximo enquanto mestre e EEER, considero de extrema importância a inclusão de conhecimentos e competências nos desafios profissionais que surjam futuramente na minha vida profissional, de forma a evidenciar a importância da intervenção especializada da ER e o seu resultado com a pessoa/ prestador de cuidados/ famílias que experienciam uma nova transição de saúde-doença perante o seu contexto de vida. Para tal, o interesse na atualização e desenvolvimento de saberes inerentes à *práxis*, será fundamental para uma melhoria contínua dos cuidados na área especializada de ER nos diversos contextos profissionais futuros.

Neste contexto, importa referir que a elaboração do presente Relatório está enquadrada nos com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, mais especificamente com o Objetivo 3- “Saúde de Qualidade” e Objetivo 4- “Educação de Qualidade” (Organização das Nações Unidas, 2016). Destarte, este percurso académico não só contribuiu para a aquisição de competências e conhecimentos científicos no âmbito da formação, mas também para a melhoria contínua dos cuidados de saúde sustentados na melhor e mais recente evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2024). *Plano de Recursos Humanos na Saúde 2030*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/PRHS-2030.pdf>

Almeida, F., Martins, R., & Martins, C. (2022). Capacitação do Cuidador Informal: estudo das dificuldades e das variáveis preditivas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.ccie>

Alonso, C. S., Borges, E. L., Sousa, M. C., Lima da Costa, M. G., Magalhães, N. C., & Silva, Y. O. (2022). Experiências na implementação da matriz SWOT no processo de avaliação do desempenho de profissionais de enfermagem. Em B. Matos de Farias, *A interdisciplinaridade e os desafios contemporâneos* (pp. 226-237). Epitaya.

Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação Respiratória em Idosos, em contexto de Cuidados Agudos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 67-76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>

Amaral, D. M. (2022). *Micobactérias não tuberculosas e as estratégias de desinfecção para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde - uma revisão integrativa da literatura*. Repositório UFRJ. <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/20500/1/DMAmaral.pdf>

Barata, L. F. (2023). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional- A importância da Formação Contínua. Em C. Marques- Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 123- 135). Lusodidacta.

Barros, A. C., Menegaz, J. C., Santos, J. L., Polaro, S. H., Trindade, L. L., & Meschial, W. C. (2022). Conceitos de gestão e gerência do cuidado de enfermagem: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1), 1- 13. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0020pt>

Becker, N., Hafner, T., Pishnamaz, M., Hildebrand, F., & Kobbe, P. (2022). Patient-specific risk factors for adverse outcomes following geriatric proximal femur fractures. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 48, 753-761. <https://doi.org/10.1007/s00068-022-01953-8>

Beltran, R. I., Figueiredo, K. C., Peres, A. M., & Nunes, E. M. (2024). Autoavaliação de soft skills em enfermagem: construção e validação de conteúdo de um instrumento. *Acta Paul Enferm.*, 37(eAPE001052), 1-9. <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*, 12:e002516, 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2023-002516>

Bernardino, E., Sousa, S. M., Nascimento, J. D., Lacerda, M. R., Torres, D. G., & Gonçalves, L. S. (2022). Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery*, 26(e20200435), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>

Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Quintais, L., Carona, C., & Paredes, T. (2009). Development and psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) in Portugal. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 116- 124. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9024-2>

Cancino- Jiménez, D., Febré, N., Cea- Netting, X., Cancino- Jiménez, J., Olgúin, S., & Olgúin, K. (2024). Critical evaluation of Afaf Meleis's Transition Theory: strengths, limitations and applications in nursing education. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4(950), 1-12. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.950>

Casado, S., Felgueiras, S., Rodrigues, U., Mendes, E., Preto, L., & Novo, A. (2022). Reabilitação Respiratória em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica- Protocolo de estudo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 1-7. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.197>

Clares, J. W., Guedes, M. V., & Freitas, M. C. (2021). Construção de diagnósticos de enfermagem para pessoas com lesão medular em reabilitação. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 55(e03750), 1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020038403750>

Costa, E. J., Silva, A. W., Lima, A. G., Ricardo, F. P., & Figueirôa, L. M. (2024). Análise do SWOT: uma ferramenta estratégica para gestão de resultados. *Revista Ilustração*, 5(1), 145-151.

Cunha, F., Pinto, M. R., & Vieira, M. (2023). Capacidade de autocuidado de pessoas idosas portuguesas residentes em contexto domiciliário. *Pensar em Enfermagem*, 27(1), 76-81. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.262>

Dantas, D., Amaro, J., Silva, P., Margalho, P., & Laíns, J. (2012). Avaliação da Recuperação Funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM)- Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 22(2), 20-27. <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/9/9>

Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho. *Diário da República, Série I (109)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

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

Decreto-Lei nº65/2018, 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>

Deodato, S. (2023). Ética nos Cuidados 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. 35- 39). Lusodidacta.

Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril. *Diário da República, Série II (74)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Direção-Geral da Saúde. (27 de outubro de 2009). Circular Informativa Nº: 40A/DSPCD: *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDGS40A_DSPCD_27Out2009.pdf

Direção-Geral da Saúde. (19 de maio de 2011a). Norma nº 017/2011: *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (27 de dezembro de 2011b). Norma nº 054/2011: *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao/>

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e Formulário de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e Formulário de Candidatura*. https://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2012/11/Orienta%C3%A7%C3%A3o-da-DGS.-PNPA_Projeto-Com-mais-cuidado.pdf

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. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030- Saúde Sustentável: De tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

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

Escola Superior de Saúde Atlântica. (2025). *Guia Orientador de Estágio Profissionalizante- 2º Ano- 1º Semestre*, 1-40.

Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F. G., & Fátima, K. (2021). Enfermagem de reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 404-429). Lidel.

Faria, A. A., Martins, M. M., Ribeiro, O. M., & Gomes, B. P. (2020). Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 36-41. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.4.5768>

Faria, A. A., Martins, M. M., Ribeiro, O. M., Gomes, B. P., & Fernandes, C. S. (2020). Idosos residentes na comunidade: conhecer para sustentar um programa de enfermagem de reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Supl 3), 1- 8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0194>

Faria, A., Martins, M. M., Laredo- Aguilera, J. A., Ribeiro, O. M., Flores, J. M., & Fonseca, E. F. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 6- 14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>

Faria, A., Martins, M. M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2021). Programa de envelhecimento ativo e saudável em contexto comunitário. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 483- 493). Lidel.

Fernandes, J. B., Sá, M. C., & Nabais, A. S. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 57-63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>

Freitas, C., Rodrigues, C., Pratas, L., & Almeida, S. (2021). Terapia de espelho na reabilitação do membro superior pós Acidente Vascular Cerebral- Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 15- 19. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.192>

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 12-18). Lidel.

Gil, A. C., Sousa, F. M., & Martins, M. 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. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>

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

Harmison, L. E., Beckham, J. W., & Adelman, D. S. (2023). Autonomic dysreflexia in patients with spinal cord injury. *Revista Nursing*, 53(1), 21-26. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000902944.16062.1f>

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

International Council of Nurses (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

International Council of Nurses (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

International Council of Nurses (2020). *Guidelines on advanced practice Nursing*. [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN APN%20Report EN WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN%20APN%20Report%20EN%20WEB.pdf)

Kaldal, M. H., Voldbjerg, S., Conroy, T., Feo, R., & Laugesen, B. (2025). Fundamentals of Care Framework in nursing education: a scoping review protocol. *JB I Evidence Synthesis*, 23(5), 949-957. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00137>

Kitson, A. L. (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). The University of Adelaide. *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*.

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

Lambert, S., Audet, L.-A., Brahim, L. O., Schaffler, J., Ramirez, C. G., Frati, F., Sangha, S., Howard, A. F., & Lambert, L. (2025). Family-Reported Outcomes Measures (FROMs) Screening

Programs an Integral Part of Chronic Disease Management: A Scoping Review. *Cancer Control*, 32, 1- 37. <https://doi.org/10.1177/10732748251339217>

Li, X., Liu, M., & Wang, C. (2025). Study on the Prevention of Fall Risk in Elderly Stroke Patients Based on an Intelligent Model of Rehabilitation Care. *Alternative Therapies*, 31(3), 107-113. <https://alternative-therapies.com/oa/pdf/9053.pdf>

Li, Z., Zhang, Z., Ren, Y., Wang, Y., Fang, J., Yue, H., Ma, S., & Guan, F. (2021). Aging and age-related diseases: from mechanisms to therapeutic strategies. *Biogerontology*, 22, 165-187. <https://doi.org/10.1007/s10522-021-09910-5>

Lima, A. M., Martins, M. M., Ferreira, M. S., Coelho, A. R., Scoeller, S. D., & Parola, V. S. (2021). Prática de enfermagem na promoção da autonomia dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55(e20210029), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0029>

Lima, A. M., Martins, M. M., Ferreira, M. S., Sampaio, F., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. (2021). Enfermagem de Reabilitação: Diferenciação na Promoção da Autonomia do Idoso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 15-22. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.152>

Lobo, A., & Vítor, J. (2024). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a prótese parcial da anca: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), 1-13. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.38644>

Lopes, C. (2021). Como fazer citações e referências? *Guia Prático da Norma APA (2020, 7ª Edição)*.

Magalhães, R. P., Barbeiro, S. R., Taveira, V., Magalhães, B., & Ferreira, G. (2020). Jogos usados na Reabilitação após Acidente Vascular Cerebral: Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 27- 41. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.4.5740>

Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). A Comunicação de más notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: Uma revisão narrativa. *Servir*, 2(04), 3-17. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>

Marques da Costa, N., & Louro, A. (2023). Envelhecer em Portugal: Uma Perspectiva Geográfica. *Finisterra– Revista Portuguesa de Geografia*, 58(123). <https://doi.org/10.18055/Finis32570>

Marques, R., Pontífice- Sousa, P., & Néné, M. (2024). A cultura do processo reflexivo na construção de competências. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (1.ª ed., pp. 94- 98). Lidel.

Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018). O Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Para a Qualidade Dos Cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 22-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>

Matos, M. F., & Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

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, M. E., Santos, L., Preto, L., & Azevedo, A. (2023). Declínio funcional em idosos durante a hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), 1-12. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>

Miranda, R. S., Assis, G. M., Dornellas, A. C., Messias, A. M., Batista, V. T., & Gomes, J. J. (2020). Cateterismo intermitente limpo no paciente com lesão medular: conhecimento dos enfermeiros. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 18(e0220), 1-9. <https://doi.org/10.30886/estima.v18.828> PT

Mohamed, A. A. (2025). Understanding and implementing PROMs and PREMs in healthcare quality frameworks. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 8(4), 177-179. <https://doi.org/10.36401/JQSH-25-X8>

Montez, A. M., & Barros, J. P. (2024). Gestão emocional na transição saúde-doença: um desafio na integração de cuidados de enfermagem. Em J. P. Barros, & C. S. Filipe, *Enfermagem*

Contemporânea: Novos Desafios, Integração de Cuidados e Percurso Assistencial (Vol. 1, pp. 74-90). Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/241118252>

Muntlin, Å., Jangland, E., Laugesen, B., Voldbjerg, S. L., Gunningberg, L., Greenway, K., Merriman, C., Grønkjær, M., Heinen, M., & Waal, G. H.-d. (2023). Bedside nurses' perspective on the Fundamentals of Care framework and its application in clinical practice: A multi-site focus group interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 145(2023), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104526>

Nascimento, M. C., Barbosa da Silva, N. F., & Gonçalves, F. R. (2023). Trauma Raquimedular: Abordagem da Escala ASIA e Assistência de Enfermagem integradas. *International Journal Education and Teaching - IJET-PDVL*. <https://doi.org/10.31692/2526-7701.VCOINTERPDVS.0033>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem- Teoria e Prática* (Reimpressão 1.ª ed.). Lidel.

Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., Carone, M., Celli, B., Engelen, M., Fahy, B., Garvey, C., Goldstein, R., Gosselink, R., Lareau, S., MacIntyre, N., Maltai, F., Morgan, M., O'Donnell, D., Prefault, C., Reardo, J., . . . Trooste, T. (2006). American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173(12), 1390- 1413. <https://doi.org/10.1164/rccm.200508-1211ST>

Niezbecka, J., Łuba, Z., Mazurek, A., & Pacian, A. (2025). Prospects, possibilities and determinants of rehabilitation in nursing. *Wiadomosci Lekarskie Medical Advances*, 78(3), 591- 594. <https://doi.org/10.36740/WLek/202524>

Novo, A., Loureiro, M., Delgado, B., Vaz, S., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (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), 1- 9. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.41115>

Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 76- 81). Lidel.

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. *Multidisciplinar (Montevideo)*, 3(226), 1-6. <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. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria*, 5(115), 1-10. <https://doi.org/10.56294/ri2025115>

Nunes, L. (2024a). Tomada de decisão ética. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (1.ª ed., pp. 99- 108). Lidel.

Nunes, L. (2024b). Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (1.ª ed., pp. 87- 93).

Nunes, L. (2024c). Identidade profissional da enfermagem. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (1.ª ed., pp. 77- 79). Lidel.

Oktavia, W., Karmila, M., Malik, A. A., Khaerunnisa, R. N., & Fitriani, A. (2020). Implementation of evidence based nursing: range of motion exercise to the patient with femur fracture. *Genius Journal- General nursing science journal*, 1(2), 61-65. <https://genius.inspira.or.id/index.php/gj/article/view/10/11>

Oliveira, C. (2023). Evolução da Funcionalidade em Utentes Seguidos em Contexto Domiciliário por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), 1-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.329>

Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 654- 670). Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. <https://repositorioenfneab.com/wp-content/uploads/2018/09/guia-de-boa-prc3a1tica-de-cuidados-de-enfermagem-c3a0-pessoa-com-traumatismo-vc3a9rtebro-medular.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf

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

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Guia Orientador de Boa Prática- Reabilitação Respiratória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-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

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

Organização das Nações Unidas. (2016). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável. Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento*. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>

Padilha, J. M. (2022). Editorial: E se 2030 fosse já amanhã? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), p. 4. <https://doi.org/doi.org/10.33194/rper.2022.268>

Padilha, J. M., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Olhares sobre os processos formativos em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83-89. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>

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- 237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

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.

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

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

Patel, N., & Yeboah, J. (2024). Multimorbidity in the era of increasing life expectancy and aging population. *European Journal of Heart Failure*, 26, 869-870. <https://doi.org/10.1002/ejhf.3243>

Pene, B.J., Aspinall, C., Komene, E., Slark, J., Gott, M., Robinson, J., & Parr, J. M. (2025). The Fundamentals of Care in Practice: A Qualitative Contextual Inquiry. *Nursing Inquiry*, 32(e70000), 1-12. <https://doi.org/10.1111/nin.70000>

Pereira, R. S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A., & Santos, J. (2018). A Intervenção Do Enfermeiro De Reabilitação Na Promoção Da Acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 66- 72. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>

Pereira, R. S., Martins, M. M., Machado, W. C., Lourenço, M. C., Cruz, V. V., & Vargas, C. P. (2025). Da luta pelo reconhecimento ao continuum de dependência- independência nas atividades de vida para o bem-viver. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(2), 1- 11. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.39907>

Pereira, R. S., Martins, M. M., Machado, W. C., Pereira, A. I., Pereira, A. M., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física

adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 86-95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>

Pereira, R. S., Martins, M. M., Pereira, A. M., Vargas, C. P., Antunes, L., Lourenço, M. d., & Machado, W. C. (2025). Qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a inclusão e acessibilidade: construção de um instrumento. *Rev RENE*, 26(e94665), 1-12. <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20252694665>

Pestana, H. (2023). Sistemas de Informação e a Especialidade 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. 77- 88). Lusodidacta.

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 67-75). Lidel.

Pontes, M. 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.

PORDATA. (2024). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

Preto, L., Pinto, C., Novo, A., Mendes, E., Barreira, I., & López-Espuela, F. (2019). Funcionalidade e qualidade de vida em idosos submetidos a Artroplastia Total do Joelho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 74- 78. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.4584>

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

Registered Nurses Association of Ontario (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4ª edição). <https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries>

Registered Nurses Association of Ontario. (2023). *Transitions in Care and Services*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>

Registered Nurses Association of Ontario. (2025). *People-Centred Care*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/people-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>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República, Série II (184)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

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

Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, de 12 de janeiro. *Diário da República, Série I (9)*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 48-57). Lidel.

Ribeiro, R. [Rita], Oliveira, H., Goes, M., Gonçalves, C., Dias, A., & Fonseca, C. (2023). The Effectiveness of Nursing Rehabilitation Interventions on Self-Care for Older Adults with Respiratory Disorders: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6422), 1-20. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146422>

Ribeiro, R. [Rodrigo], Signor, E., & Forgiarini, G. (2023). Aproximação teórica do conceito de Cuidado Centrado na Pessoa: Uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 12(10), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i10.43453>

Rocha, I. J., Bravo, M. F., Sousa, L. M., Mesquita, A. C., & Pestana, H. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular

Cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-17.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rosendo, I., & Santiago, L. M. (2017). Validação de três folhetos informativos sobre diabetes, sua terapêutica e exercício físico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(4), 244-250. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i4.12224>

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

Sá, G. G., & Santos, A. M. (2019). Functional independence of elderly patients who fell: a follow-up study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1795-1802. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0845>

Salvado, H. d., Raposo, S. C., Carneiro, A. I., Fonseca, P. M., & Sousa, L. M. (2018). Timed Up and Go Test Na Pessoa Com Acidente Vascular Cerebral Residente na Comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 61-67. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.08.4389>

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2025a, 1 dezembro). *Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão- Sobre nós*. <https://cmra.scml.pt/sobre-nos/>

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2025b, 1 dezembro). *Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão- Exames*. <https://cmra.scml.pt/exames/>

Santos, A. S., Fonseca, M. J., Gomes, J., Soares, S., & Ribeiro, C. (2023). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC: um estudo quase-experimental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), 1-18. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.339>

Santos, B. C., & Magri, M. D. (2024). Ética e Enfermagem: Uma Análise dos Princípios Bioéticos. *Revista Ilustração*, 5(4), 211- 221. <https://journal.editorailustracao.com.br/index.php/ilustracao/article/view/339/265>

Santos, E. J., Marcelino, L. M., Abrantes, L. C., Marques, C. F., Correia, R. M., Coutinho, E. C., & Azevedo, I. C. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083/5685>

Santos, E., Lopes, M. B., Manata, J., Santos, D., Ricardo, L., & Nunes, M. (2023). Perceção do prestador de cuidados sobre os requisitos para a assunção do seu papel: Estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI23.74.31501>

Santos, J. (2023). Enfermagem avançada: recordar o passado, apreciar o presente e perspetivar o futuro. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 87-94. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>

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

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *BI- CSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/832/30036/3111551/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Unidade Local de Saúde Santa Maria- Pneumologia*. <https://www.ulssm.min-saude.pt/torax/pneumologia/>

Silva, C. [Carina] F., Oliveira, F. D., Ribeiro, M. P., Prazeres, V. M., & Ribeiro, O. M. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20- 26. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4561>

Silva, C. C. [Cleyton], Costa, S. M., Barbosa, W. A., & Araújo, I. M. (2023). A importância do planeamento em saúde e da análise SWOT na gestão dos serviços de enfermagem. Em J. M. Floriano, D. A. Silva, & E. Ambros da Cunha, *Saúde pública em pauta: conhecimentos e inovações* (Vol. 1, pp. 12-24). Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/230512953>

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

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice (Fourth Edition)*. F. A. Davis Company.

Sousa, A. B., Oliveira, D. T., Carvalho, S. M., Wolf, J. M., Maurer, T. C., & Rosso, L. H. (2024). Femoral fracture in the elderly: dependence on nursing. *Revista Cuidarte*, 15(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.3186>

Sousa, E. S., Andrade, M. J., Fernandes, C. S., Barbeiro, S. R., Teixeira, V. T., & Martins, M. M. (2023). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesão medular metastática: relato de caso. *Enfermagem Brasil*, 22(1), 79-94. <https://doi.org/10.33233/eb.v22i1.5371>

Sousa, L. [Larissa] S., Pontes, M. d., Pereira, R. R., Leite, M. A., Nova, F. A., & Monteiro, E. A. (2023). Transição do idoso do hospital para o domicílio na perspectiva do cuidador/idoso: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm*, 36(eAPE03631), 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR03631>

Sousa, L. [Luís] M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, L. [Luís], Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 113- 121). Lusodidacta.

Sousa, L. [Luís] M., José, H. M., & Novo, A. F. (2022). Investigação em Enfermagem: Das prioridades aos Reptos. Em M. Néné, & C. Sequeira, *Investigação em Enfermagem* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 1- 13). Lidel.

Sousa, M. B. (2024). Os serviços de saúde: contextos de formação e aprendizagem. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (1.ª ed., pp. 178- 184). Lidel.

Sousa, S. S., Martins, M. M., Andrade, M. J., Barbeiro, S. R., & Teixeira, V. (2022). Cuidados de Enfermagem em Contexto Agudo à Pessoa com Lesão Medular: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 1-20. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.204>

Sullivan, E., Hussein, A., & Easter, L. (2025). A Rare Event With High Acuity: A Case of Autonomic Dysreflexia. *AANA Journal*, 93(3), 199-202. <https://doi.org/10.70278/AANAJ.0000001002>

Tavares, J., Gonçalo, S., & Rocha, N. P. (2023). Política de Saúde num Contexto de Envelhecimento Demográfico. Princípios Amigos da Pessoa Idosa: Uma Prioridade Programática? *Finisterra– Revista Portuguesa de Geografia*, 58(123), 61-85. <https://doi.org/10.18055/Finis29037>

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), 1-18. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.324>

Teixeira, F., Silva, M., Mesquita, A. C., & Pestana, H. C. (2023). Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa com Negligência Hemiespacial – Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), 1- 20. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.341>

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

Tholl, A. D., Nitschke, R. G., Bellaguarda, M. L., Vieira, C. M., Silva, A., & Busana, J. A. (2020). Cuidado de enfermagem no cotidiano da reabilitação de pessoas com lesão medular e suas famílias. *Revista Nursing*, 23(270), 4836-4848. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4836-4860>

Trindade, I. S. S. (2020). A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral [Relatório de Estágio, Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde do

Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35315/1/BCTFC189.pdf>

VanPutte, C., Regan, J., & Russo, A. (2017). *Seeley's essentials of anatomy & physiology* (10th Edition ed.). McGraw-Hill Education.

Vargas, C. P., Schoeller, S. D., Zuchetto, M. A., Martins, M. M., & Antunes, L. (2024). Os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para o Bem- Viver. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), 1-8. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.343>

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), 1-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.316>

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2023). Treino de Atividades de Vida Diária. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Reimpressão 1.ª ed., pp. 351- 363).

Vilarinho, R., Montes, A. M., 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>

World Health Organization. (2024a). Making older persons visible in the Sustainable Development Goals' monitoring framework and indicators. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/59558cce-8552-421a-8452-54c7e4358050/content>

World Health Organization. (2024b). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Xavier, A. A., Pereira, J. S., Monteiro, R. S., Cruz, V. V., Silva, H. F., & Machado, W. C. (2024). Intervenções de Enfermagem de Reabilitação ao paciente com lesão medular: Protocolo de

Revisão de Escopo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), 1-11.
<https://doi.org/10.33194/rper.2024.358>

Xiang, L., Li, H., Xie, Q.-Q., Siau, C. S., Xie, Z., Zhu, M.-T., Zhou, B., Li, Z.-P., & Wang, S.-B. (2023). Rehabilitation care of patients with neurogenic bladder after spinal cord injury: A literature review. *World Journal of Clinical Cases*, 11(1), 57-64. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i1.57>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relato de
Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na Comunidade

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

Pedido para realização de Relato de Caso Clínico, no contexto de Estágio de Reabilitação na Comunidade

A aluna Márcia Correia Ribeiro, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (1.º Ano, 2.º Semestre) da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade (Unidade de Cuidados na Comunidade ██████████) inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Sandy Severino e do Professor Coordenador do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação ██████████

Título do estudo: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur.

Enquadramento: O estudo mencionado enquadra-se no Estágio de Reabilitação na Comunidade, que está a ser desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade ██████████ desenvolvendo assim competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como competências de mestre.

Metodologia: O presente Relato de Caso Clínico tem por base as normas do *Equator* com a *check-list* de CARE, que segue em anexo ao pedido.

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

Condições e financiamento: A sua participação no Relato de Caso Clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem que acarrete qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste Relato de Caso Clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados no Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, tratamento de dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados. 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.

Grata pela sua disponibilidade, Márcia Correia Ribeiro; N.º Estudante: ██████████; Contacto telefónico: ██████████; E-mail: ██████████

Assinatura:

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

¹ <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaraçaoheisinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdfIsqip/2001/01/002400/00140036.pdf>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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: /..... /.....

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)	
NOME:	
BI/CD Nº:	DATA ou VALIDADE /..... /.....
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:	
ASSINATURA	

INCLUIR DESENHO DO ESTUDO EM ANEXO

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Anexo I- Instrumentos/testes de avaliação a serem utilizados no Relato de Caso Clínico

Foco: Movimento Muscular

Escala MRC (Medical Research Council) modificada: A escala de força muscular gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal), sendo que a graduação faz-se em relação ao máximo esperado do músculo a ser avaliado, através de resistência à mobilização ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Fonte:

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto.

Escala Qualitativa da Dor

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fonte: Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. Dor como 5º Sinal Vital- Registo sistemático da intensidade da Dor. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Foco: Rigidez Articular

Avaliação através da Goniometria (Instrumento: Goniómetro)

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Foco: Transferir-se

Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de elísteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Fonte: Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Foco: Equilíbrio Corporal

Escala de Equilíbrio de Berg

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Nome _____ Idade _____

Sexo _____ Data _____

Instituição _____ Avaliador _____

DESCRIÇÃO DOS ITENS - Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé _____

2. Ficar em pé sem apoio _____

3. Sentado sem apoio _____

4. Da posição de pé para a posição de sentado _____

5. Transferências _____

6. Ficar em pé com os olhos fechados _____

7. Ficar em pé com os pés juntos _____

8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado _____

9. Apanhar um objeto do chão _____

10. Virar-se para olhar para trás _____

11. Dar uma volta de 360 graus _____

12. Colocar os pés alternadamente num degrau _____

13. Ficar em pé com um pé à frente do outro _____

14. Ficar em pé sobre uma perna _____

TOTAL _____

1. Da posição de sentado para a posição de pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

() 4 Conseguir levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma

() 3 Conseguir levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos

() 2 Conseguir levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas

() 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável

() 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. Ficar em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar. Se sentir dificuldade, diga

- () 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- () 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- () 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- () 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- () 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. Senta-se com as costas desapoiasdas mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco

Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos. Se sentir dificuldade, diga

- () 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- () 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- () 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- () 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- () 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. Da posição de pé para a posição de sentado

Instruções: Por favor, sente-se. Tente não utilizar as mãos

- () 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
 - () 3 Ao sentar-se recorre às mãos
 - () 2 Apoiar a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
 - () 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
 - () 0 Necessita de ajuda para se sentar
-

5. Transferências

Instruções: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot".

Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
 - 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
-

- 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados

Instruções: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos

Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. Incliná-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé

Instruções: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- () 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- () 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- () 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- () 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- () 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé

Instruções: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- () 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- () 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- () 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- () 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé

Instruções: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- () 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- () 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir peso
- () 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 Necessita de supervisão ao virar
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. Dar uma volta de 360 graus

Instruções: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- () 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em segundos ou menos
- () 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais

() 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio

Instruções: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco 4 vezes. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

() 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos

() 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos

() 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão

() 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda

() 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro

Instruções: (DEMONSTRAR AO SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal). Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

() 4 Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

() 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

() 2 Consegue dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos

() 1 Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos

() 0 Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

() 4 Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos

() 3 Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos

() 2 Consegue de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos

() 1 Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente

() 0 Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

() Score Total (Máximo = 56)

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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.

Anexo II- CARE check-list

Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	_____
	2	2 to 3 key words that identify diagnoses or interventions in the case report, including "case report"	_____
Key Words	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	_____
Abstract (no references)	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	_____
	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	_____
Introduction	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	_____
	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	_____
Timeline	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, insurance, or referral)	_____
	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	Clinical and patient-assessed outcomes (if available)	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	_____
Discussion	10d	Adverse and unanticipated events	_____
	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with the case report	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	_____
Patient Perspective	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one-paragraph conclusion	_____
	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"/>

APÊNDICE II

Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relato de
Caso Clínico do Estágio Profissionalizante

PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

Pedido para realização de Relato de Caso Clínico, no contexto do Estágio Profissionalizante

A estudante Márcia Correia Ribeiro, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (2.º Ano, 1.º Semestre) da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do Estágio Profissionalizante (██████████) inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Doutora Joana Marques, do Professor Doutor Coordenador do Mestrado em Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação ██████████.

Título do estudo: A pessoa com lesão vertebro-medular: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito de Estágio Profissionalizante que está a decorrer ██████████ no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Doutora Joana Marques, do Professor Doutor Coordenador do Mestrado em Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação ██████████. O Relato de Caso Clínico permite assim o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como competências de mestre. O presente Relato de Caso Clínico tem como objetivo em descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com lesão vertebro-medular.

Metodologia: O presente Relato de Caso Clínico tem por base as normas do *Equator* com a *check-list* de CARE, que segue em anexo ao pedido (Anexo I). Por meio de uma amostra intencional, este estudo incluiu uma pessoa internada num serviço de reabilitação de adultos de um Centro de Reabilitação que apresenta limitações/ sequelas de uma lesão vertebro-medular.

Explicação do estudo: Solicita-se a participação no Relato de Caso Clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista estruturada (Anexo II), durante o decorrer do estágio (9 de setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados instrumentos/escalas de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Problema:

A pessoa participante no presente estudo encontra-se internada no Serviço de Reabilitação de Adultos ██████████ do ██████████ após ter sido vítima de atropelamento por viatura ligeira, do qual resultou lesão vertebro-medular, apresentando as seguintes limitações funcionais:

- Diminuição do movimento e amplitude muscular;
- Diminuição da força muscular;
- Dor presente;
- Alteração do equilíbrio corporal;
- Aumento do risco de queda;

¹ <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdf/isdip/2001/01/002400/00140036.pdf>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

- Alterações da eliminação vesical;
- Alteração na capacidade de execução de atividades de vida diária;
- Alterações na capacidade de continuidade de cuidados no domicílio;

Assim, face à situação clínica apresentada, é necessário a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com vista à promoção da autonomia e independência, capacitação da pessoa e do prestador de cuidados para o regresso ao domicílio e prevenção de complicações associadas à transição de saúde-doença.

Outcomes em estudo:

Com base nas intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, são esperados os seguintes resultados:

- Melhoria do movimento e amplitude muscular dos membros inferiores;
- Melhoria da força muscular;
- Redução da intensidade da dor;
- Melhoria do equilíbrio corporal;
- Diminuição do risco de queda;
- Melhoria na capacidade de eliminação vesical;
- Melhoria da capacidade de execução de atividades de vida diária;
- Melhoria do conhecimento e capacidade do prestador de cuidados na execução das atividades de vida diária/ autocuidados da pessoa;
- Melhoria da adesão do prestador de cuidados na preparação para a alta e regresso ao domicílio.

Instrumentos de Avaliação:

No presente Relato de Caso Clínico serão utilizados os seguintes instrumentos de avaliação, devidamente validados para a população portuguesa, avaliando a evolução clínica da pessoa, dos quais (Anexo III):

Escala MRC (Medical Research Council) modificada: Avaliação da Força Muscular;

Escala Numérica da Dor: Avaliação da intensidade da dor;

Escala ASIA: Avaliação da sensibilidade e da função motora, em que é possível classificar quanto ao tipo de lesão (completa ou incompleta), bem como determinar o nível neurológico;

Escala de Equilíbrio de Berg: Avaliação do Equilíbrio Corporal;

Escala da Medida da Independência Funcional: Avaliação do grau de capacidade/incapacidade funcional, com base no desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de um conjunto de tarefas motoras e cognitivas de vida diária;

Escala de Quedas de Morse: Avaliação do risco de queda.

A sua participação no relato de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre os focos de Enfermagem de Reabilitação (Movimento Muscular; Equilíbrio Corporal; Transferir-se; Autocontrolo: continência urinária), contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para a pessoa quer aceite ou recuse participar no relato de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação no Relato de Caso Clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem que acarrete qualquer prejuízo.

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

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

este processo, os dados serão eliminados definitivamente até 30 dias após avaliação final do relato de caso, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Grata pela sua disponibilidade,

Márcia Correia Ribeiro; N.º Estudante: [REDACTED] Contacto telefónico: [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

[REDACTED]

Assinatura:

INCLUIR DESENHO DO ESTUDO EM ANEXO

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

Annex I- CARE checklist

CARE		CARE Checklist of information to include when writing a case report		17-04-18	<input checked="" type="checkbox"/>
Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line		
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus referred by the words "case report"	_____	_____	_____
	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	_____	_____	_____
Key Words Assessment (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 diagnosis, therapeutic interventions, and outcomes	_____	_____	_____
	3d	Conclusions—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)	_____	_____	_____
	5a	De-identified patient specific information	_____	_____	_____
Patient 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	_____	_____	_____
	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	_____	_____	_____
Clinical Findings Timeline	7	Historical and current information from the episode of care organized as a timeline	_____	_____	_____
	8a	Diagnostic testing such as PE, laboratory testing, imaging, surveys	_____	_____	_____
Diagnostic Assessment	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	_____	_____	_____
	9a	Diagnosis (including other diagnoses considered)	_____	_____	_____
	9b	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	_____	_____	_____
	9c	Type of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	_____	_____	_____
Therapeutic Intervention	9d	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	_____	_____	_____
	9e	Changes in therapeutic intervention with rationale	_____	_____	_____
	10a	Success and patient-related outcomes (if available)	_____	_____	_____
Follow-up and Outcomes	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	_____	_____	_____
	10c	Intervention adherence and feasibility (How was this assessed?)	_____	_____	_____
	10d	Adverse and unexpected events	_____	_____	_____
	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	_____	_____	_____
Discussion	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	_____	_____	_____
	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	_____	_____	_____
	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	_____	_____	_____
Patient Perspective Informed Consent	12	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	_____	_____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Anexo II- Guião de Entrevista

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 a lesão vertebro-medular?
 - 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.

Perguntas:

- Quais eram as principais dificuldades que sentiu após o evento (Movimento Muscular- através da Escala MRC (*Medical Research Council* modificada, Escala Numérica da Dor e Escala ASIA; Equilíbrio Corporal- através da Escala de Equilíbrio de *Berg*, Escala da Medida da Independência Funcional e Escala de Quedas de Morse; Transferir-se- através Escala da Medida da Independência Funcional e Escala de Quedas de Morse; Autocontrole: continência urinária através da Escala da Medida da Independência Funcional)?
- Como se sentia emocionalmente no início do processo de reabilitação?
- Que limitações identificou nas atividades da vida diária?
- Que estratégias utilizou inicialmente para lidar com essas dificuldades?

4. Intervenções de enfermagem de reabilitação

(*CARE item: Therapeutic intervention*)

Objetivo: identificar intervenções implementadas, frequência, duração e adesão.

Perguntas:

- Que tipo de intervenções de reabilitação considera mais úteis para si (Reeducação Funcional Motora- Ex.: Exercícios de fortalecimento muscular, Treino de Equilíbrio, Posição de pé, Técnicas de Transferência, Treino de autocuidados)?
- O que espera do enfermeiro de reabilitação no seu processo de reabilitação?
- Que orientações ou ensinamentos considera mais úteis para realizar em casa?
- Encontra dificuldades em cumprir o plano de enfermagem de reabilitação? Que alternativa propõe.
- Que recursos ou equipamentos considera que consegue adquirir ou ter acesso (ajudas técnicas, adaptações domiciliares)?

5. Resultados e evolução funcional

(CARE item: Follow-up and outcomes)

Objetivo: descrever os ganhos em saúde e impacto da reabilitação que obteve com o plano de enfermagem de reabilitação.

Perguntas:

- Que melhorias sentiu ao longo do processo de reabilitação?
- Que atividades conseguiu retomar?
- Há algo que ainda considera limitado ou difícil de realizar?
- Como avalia a sua autonomia e independência atualmente (escala de independência, mobilidade)?
- O que acha dos resultados obtidos (Movimento muscular aumentado- Ex: através da tolerância ao exercício físico (muscular e articular), melhoria do *score* da Escala MRC (*Medical Research Council* modificada, melhoria do *score* na Escala Numérica da Dor e melhoria na pontuação da Escala ASIA; Equilíbrio Corporal não comprometido- Ex: através de conhecimento e capacidade sobre técnicas de equilíbrio corporal, melhoria do *score* da Escala de Equilíbrio de *Berg*, melhoria do *score* da Escala da Medida da Independência Funcional e melhoria do *score* da Escala de Quedas de Morse; Transferir-se- Ex: através da melhoria dos conhecimentos e capacidade sobre técnicas de transferência, melhoria do *score* da Escala da Medida da Independência Funcional e melhoria do *score* da Escala de Quedas de Morse; Autocontrole: continência urinária eficaz- Ex: através do controle da eliminação urinária e melhoria do *score* da Escala da Medida da Independência Funcional)?
- 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).
-

8. Observações do entrevistador

(CARE item: Discussion and learning points)

Registrar:

- 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.

Anexo III- Instrumentos/testes de avaliação a serem utilizados no Relato de Caso Clínico

Focos de Atenção de Enfermagem de Reabilitação: Movimento Muscular

Escala MRC (Medical Research Council) modificada: A escala de força muscular gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal), sendo que a graduação faz-se em relação ao máximo esperado do músculo a ser avaliado, através de resistência à mobilização ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto.

Escala Numérica da Dor

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Fonte: Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/6/2003. 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>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Escala ASIA

ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISNCOS) **ISCOS**

Patient Name: _____ Date/Time of Exam: _____
 Examiner Name: _____ Signature: _____

RIGHT MOTOR KEY MUSCLES **SENSORY KEY SENSORY POINTS** **SENSORY KEY SENSORY POINTS** **MOTOR KEY MUSCLES** **LEFT**

UER (Upper Extremity Right) **UES (Upper Extremity Left)**

LER (Lower Extremity Right) **LES** (Lower Extremity Left)

(M) Voluntary Anal Contraction (Yes/No) **(M) Voluntary Anal Pressure (Yes/No)**

RIGHT TOTALS (MAXIMUM) **LEFT TOTALS (MAXIMUM)**

MOTOR SUBSCORES **SENSORY SUBSCORES**

NEUROLOGICAL LEVELS **3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI)** **4. COMPLETE OR INCOMPLETE?** **5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)** **6. ZONE OF PARTIAL SENSORY PRESERVATION**

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association.

Muscle Function Grading

0 = Total paralysis
 1 = Palpable or visible contraction
 2 = Active movement, full range of motion (ROM) with gravity eliminated
 3 = Active movement, full ROM against gravity
 4 = Active movement, full ROM against gravity and moderate resistance in a muscle specific position
 5 = Normal active movement, full ROM against gravity and full resistance in a functional muscle position expected from an otherwise unimpaired person

NT = Not testable (i.e. due to immobilization, severe pain such that the patient cannot be graded, amputation of limb, or contracture of >50% of the normal ROM)
 0*, 1*, 2*, 3*, 4*, NT* = Non-SCI condition present*

Sensory Grading

0 = Absent 1 = Altered, either decreased/impaired sensation or hypersensitivity
 2 = Normal NT = Not testable

0*, 1*, NT* = Non-SCI condition present*

Note: Abnormal motor and sensory scores should be tagged with a "*" to indicate an impairment due to a non-SCI condition. The non-SCI condition should be explained in the comments box (together with information about how the score is related to classification purposes (at least normal / not normal for classification)).

When to Test Non-Key Muscles:

In a patient with an apparent AIS B classification, non-key muscle functions more than 3 levels below the motor level on each side should be tested to most accurately classify the injury (differentiate between AIS B and C).

Movement	Root level
Shoulder: Flexion, extension, abduction, adduction, internal and external rotation	C3
Elbow: Supination	C3
Elbow: Pronator	C6
Wrist: Flexion	C6
Finger: Flexion at proximal joint, extension	C7
Thumb: Flexion, extension and abduction in plane of thumb	C7
Finger: Flexion at MCP joint	C8
Thumb: Opposition, adduction and abduction perpendicular to palm	C8
Finger: Abduction of the index finger	T1
Hip: Adduction	L2
Hip: External rotation	L3
Hip: Extension, abduction, internal rotation	L4
Knee: Flexion	L4
Ankle: Inversion and eversion	L5
Toe: MP and IP extension	L5
Heelux and Toe: DP and PP flexion and abduction	S1
Heelux: Adduction	S1

ASIA Impairment Scale (AIS)

A = Complete. No sensory or motor function is present in the sacral segments S4-S5.

B = Sensory incomplete. Sensory but not motor function is preserved below the neurological level and includes the sacral segments S4-S5 (light touch or pin prick at S4-S5 or deep anal pressure at ANO) no motor function is preserved more than three levels below the motor level on either side of the body.

C = Motor incomplete. Motor function is preserved of the most caudal sacral segments for voluntary anal contraction (VAC) OR the patient meets the criteria for sensory incomplete status (sensory function preserved at the most caudal sacral segments S4-S5 by light touch or pin prick) and has some sparing of motor function more than three levels below the (ipsilateral) motor level on either side of the body. (This includes key or non-key muscle functions to determine motor incomplete status.) (For AIS C – less than half of key muscle functions below the single MJ have a muscle grade ≥ 3.)

D = Motor incomplete. Motor incomplete status as defined above, with at least half (half or more) of key muscle functions below the single MJ having a muscle grade ≥ 3.

E = Normal. If sensation and motor function as tested with the ISM-SCI are graded as normal in all segments, and the patient had prior deficits, then the AIS grade is E. Someone without an actual SCI does not receive an AIS grade.

Using ND: To document the sensory, motor and MJ levels, the ASIA Impairment Scale grade, and/or the zone of partial preservation (ZPP) when they are unable to be determined based on the examination results.



Steps in Classification

The following steps are recommended for determining the classification of individuals with SCI:

- Determine sensory levels for right and left sides.**
The sensory level is the most caudal, most distal level for both pin prick and light touch sensation.
- Determine motor levels for right and left sides.**
Defined as the lowest key muscle function that has a grade of at least 3 (or higher being) providing the key muscle functions represented by segments above that level are judged to be intact (graded as a 5). Note: in regions where there is no equivalent test, the motor level is presumed to be the same as the sensory level. If a table motor function above that level is also normal.
- Determine the neurological level of injury (MLI).**
The refers to the most caudal segment of the cord with intact sensation and integrity (2 or more) muscle function strength, provided that there is normal (normal) sensation and motor function entirely ipsilaterally. The MLI is the most cephalad of the sensory and motor levels determined in steps 1 and 2.
- Determine whether the injury is Complete or Incomplete.**
(i.e. absence or presence of sacral sparing).
Voluntary anal contraction = No AIS at S4-S5 sensory scores = E
cAMP deep anal pressure = No, then injury is Complete.
Otherwise injury is Incomplete.
- Determine ASIA Impairment Scale (AIS) Grade.**
Is injury Complete? If YES, AIS=A
NO ↓
Is injury Motor Complete? If YES, AIS=B
NO ↓ (Non-voluntary anal contraction OR motor function more than three levels below the single MJ) (or a great side, if the patient has sensory incomplete classification)
YES ↓
Are at least half (half or more) of the key muscles below the neurological level of injury graded 3 or better?
NO ↓ AIS=C
YES ↓ AIS=D

If sensation and motor function is normal in all segments, AIS=E. Note: AIS E is used in follow-up testing when an individual with a documented SCI has recovered normal function. It is not used to identify pre-test, the individual is neurologically intact and the AIS Impairment Scale does not apply.

- Determine the zone of partial preservation (ZPP).**
The ZPP is used only to describe and document motor (or VAC) OR sensory function (pin DLS, no LT, and no PP) associated on the lowest sacral segments (S4-S5) and refers to those sacral segments and to those caudal to the sensory and motor levels that remain partially innervated. (This includes sparing of sensory function). The sensory ZPP is not applicable and therefore "N/A" is recorded in the block of the worksheet. Accordingly, if VAC is present, the motor ZPP is not applicable and is listed as "N/A".

Fonte: Rupp, R. et al., (2019). International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. Top Spinal Cord Injury Rehabilitation, 27 (2), p.1–22, 2021. <https://doi.org/10.46292/sci2702-1>

Focos de Atenção de Enfermagem de Reabilitação: Equilíbrio Corporal

Escala de Equilíbrio de Berg

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Nome _____ Idade _____

Sexo _____ Data _____

Instituição _____ Avaliador _____

DESCRIÇÃO DOS ITENS - Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé _____

2. Ficar em pé sem apoio _____

3. Sentado sem apoio _____

4. Da posição de pé para a posição de sentado _____

5. Transferências _____

6. Ficar em pé com os olhos fechados _____

7. Ficar em pé com os pés juntos _____

8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado _____

9. Apanhar um objeto do chão _____

10. Virar-se para olhar para trás _____

11. Dar uma volta de 360 graus _____

12. Colocar os pés alternadamente num degrau _____

13. Ficar em pé com um pé à frente do outro _____

14. Ficar em pé sobre uma perna _____

TOTAL _____

1. Da posição de sentado para a posição de pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

() 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma

() 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos

() 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas

() 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável

() 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

2. Ficar em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar. Se sentir dificuldade, diga

- 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos
- 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos
- 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. Senta-se com as costas desapoiasdas mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco

Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos. Se sentir dificuldade, diga

- 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos
- 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão
- 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos
- 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos
- 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. Da posição de pé para a posição de sentado

Instruções: Por favor, sente-se. Tente não utilizar as mãos

- 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos
 - 3 Ao sentar-se recorre às mãos
 - 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
 - 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida
 - 0 Necessita de ajuda para se sentar
-

5. Transferências

Instruções: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo "pivot".

Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos

- 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados

Instruções: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos

Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. Inclinar-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé

Instruções: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé

Instruções: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé

Instruções: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir peso
- 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- 1 Necessita de supervisão ao virar
- 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. Dar uma volta de 360 graus

Instruções: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

- 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em segundos ou menos
- 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais

0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio

Instruções: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco 4 vezes. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

4 Conseguir ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos

3 Conseguir ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos

2 Conseguir completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão

1 Conseguir completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda

0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro

Instruções: (DEMONSTRAR AO SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal). Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

4 Conseguir colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

3 Conseguir colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos

2 Conseguir dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos

1 Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos

0 Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar. Se sentir dificuldade ou precisar de apoio, diga

4 Conseguir levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos

3 Conseguir levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos

2 Conseguir de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos

1 Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente

0 Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

Score Total (Máximo = 56)

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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.

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Focos de Atenção de Enfermagem de Reabilitação: Equilíbrio Corporal; Transferir-se e Autocontrolo: continência urinária

Escala da Medida da Independência Funcional

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº <input type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____				

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA						
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA						
			SEMANAS DO MES	ANTES	1M	4M	12M	
AUTO-CUIDADOS								
A. Alimentação			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Higiene pessoal			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Banho			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestir metade superior			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestir metade inferior			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Utilização da sanita			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTROLO DOS ESFINCTERES								
G. Bexiga			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Intestino			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MOBILIDADE								
TRANSFERÊNCIAS								
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. Sanita			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Banheira, Duche			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCOMOÇÃO								
L. Marcha/Cadeira de Rodas			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Escadas			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNICAÇÃO								
N. Compreensão			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Expressão			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR								
P. Interação social			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Resolução dos problemas			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memória			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco. Se não for possível marcar 0.

Fonte: Norma N.º 054/2011 de 27/12/2011. 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>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Focos de Atenção de Enfermagem de Reabilitação: Equilíbrio Corporal; Transferir-se

Escala de Quedas de Morse

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/andarrilho 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 Debitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (09 dezembro 2019). Norma n° 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://www.dgs.pt/directizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

APÊNDICE III

Consentimento Informado- Relato de Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na Comunidade

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título do estudo: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino e do Professor Coordenador do Mestrado Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]

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

Condições e financiamento: A sua participação neste Relato de Caso Clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem que acarrete qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste Relato de Caso Clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados no Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, tratamento de dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados. 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.

Desde já, grata pela sua participação,

Márcia Correia Ribeiro; N.º Estudante: [REDACTED]; Contacto telefónico: [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

Assinatura:

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: /..... /.....

¹ <https://www.ulsbe.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaoehelsinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2004/01/002A00/00140036.pdf>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

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

APÊNDICE IV

Consentimento Informado- Relato de Caso Clínico do Estágio Profissionalizante

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título do estudo: A pessoa com lesão vertebro-medular: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito de Estágio Profissionalizante que está a decorrer [REDACTED], no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Doutora Joana Marques, do Professor Doutor Coordenador do Mestrado em Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]. O presente Relato de Caso Clínico tem como objetivo em descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com lesão vertebro-medular.

Explicação do estudo: Solicita-se a participação no Relato de Caso Clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista estruturada, durante o decorrer do estágio (9 de setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados instrumentos/escalas de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A sua participação no relato de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre os focos de Enfermagem de Reabilitação (Movimento Muscular; Equilíbrio Corporal; Transferir-se; Autocontrolo: continência urinária), contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para a pessoa quer aceite ou recuse participar no relato de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação neste Relato de Caso Clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir em qualquer momento, sem que acarrete qualquer prejuízo.

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

Desde já, grata pela sua participação,

Márcia Correia Ribeiro; N.º Estudante: [REDACTED] Contacto telefónico: [REDACTED]; E-mail: [REDACTED]

Assinatura (Investigador principal): [REDACTED]

Declaro que tenho 18 anos ou mais e que tomei conhecimento dos objetivos do estudo, assim como que compreendi os procedimentos associados à minha participação no mesmo. Declaro ainda que li totalmente a informação de consentimento informado, que a considerei explícita e concordo com o seu conteúdo, pelo que aceito participar neste estudo. Mais confirmo que me foi garantido o direito de desistir a qualquer momento deste estudo, sem qualquer prejuízo para mim, e que os dados que venham a ser recolhidos serão anónimos e

¹ <http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaraohelsinquia.pdf>

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

confidenciais, dando cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e na sua Lei de Execução Nacional.

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: / /

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)	
NOME:
BI/CD N.º:	DATA ou VALIDADE / /
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:
ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE V

Folheto: Artroplastia Total da Anca: Cuidados Pós-Operatórios após Alta
Hospitalar



Objetivos

- Prevenir complicações;
- Melhorar força muscular;
- Melhorar a funcionalidade;
- Melhorar a **qualidade de vida**.



“A recuperação é um caminho, e cada passo é uma conquista.”

Em caso de dúvidas, esclareça com a equipa!

Horário de Funcionamento:
De 2ª a 6ª feira: 08:00 às 20:00
Sábados, domingos e feriados: 08:00 às 13:00

☎ [Redacted]

📍 [Redacted]

✉ [Redacted]

Elaborado por:

Enf.ª [Redacted] (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

[Redacted] (Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação - Escola Superior de Saúde Atlântica)

Referências Bibliográficas



Artroplastia Total da Anca

Cuidados Pós-Operatórios Após Alta Hospitalar






1. Artroplastia Total da Anca- O que é?

Vulgarmente, conhecida como Prótese da Anca, esta é uma cirurgia na qual se substitui a articulação da anca danificada, substituindo-a por uma prótese geralmente composta por componentes metálicos, cerâmicos ou plásticos.

As abordagens mais comuns são: antero-lateral e a posterior. Existem cuidados a ter no movimento para evitar complicações:

2. Cuidados a ter

- O lenço deverá manter-se limpo e seco, caso se encontre comprometido (descolado, repasse de sangue ou outro conteúdo, deverá contactar a equipa).
- Examine a pele, verificando a presença de edema (inchaço), hematoma (nódoa-negra) ou sinais inflamatórios (vermelhidão, calor).
- Avise a coloração da pele e alterações súbitas de sensibilidade e do movimento.
- Controle a dor (deverá manter coma da medicação prescrita e aplicação de gelo local).
- Não realizar flexão de anca acima dos 90°.
- Não fazer rotação interna e externa de perna operada.
- Não cruzar a perna operada, colocar almofada entre as pernas.

3. Estratégias para o dia-a-dia

Posicionamentos:



- Evitar deitar-se sobre a perna operada;
- Quando estiver deitado de barriga para cima ou para o lado sã, deverá colocar uma almofada entre as pernas;
- Quando estiver sentado, também deverá manter as pernas afastadas com a almofada.

Levantar da cama:

- Sair pelo lado operado; sentar na cama apoiando-se nos braços; evitar fletir o tronco para a frente; manter o membro operado em extensão; dobrar a perna sã até tocar no chão, fazendo carga para se levantar;
- Sair pelo lado sã; sentar na cama apoiando-se nos braços; evitar fletir o tronco para a frente; colocar almofada entre as pernas para não juntar as mesmas; virar de lado e sentar no bordo da cama.


Sentar/ Levantar:

- Na posição de sentado, mantenha a perna operada esticada e dobre o membro sã até tocar no chão; levante-se, realizando força com os braços, fazendo mais carga na perna sã e tenha as canadianas/ andarilho (junto de si) (Atenção: no uso da sanita, colocar alçador para evitar a flexão acima de 90°).


Apanhar objetos do chão:

- Utilizar os braços para se apoiar (num objeto sólido e imóvel); o membro inferior operado deverá estar em hiperextensão e, simultaneamente, fletir o membro sã de modo a baixar-se (Proibido na abordagem anterior).





Andar:

- Fique em pé com o andarilho/ canadianas apoiadas no chão, ligeiramente à frente do corpo;
- Mantenha as mãos bem apoiadas e os cotovelos ligeiramente fletidos;
- Mantenha o tronco direito e o pé em frente, para evitar desequilíbrio;
- Inicie a marcha nesta ordem:
 - 1.º - Avance o andarilho/ canadianas ao mesmo tempo;
 - 2.º - Avance a perna operada; apoiando o peso parcialmente;
 - 3.º - Avance a perna não operada;
 - 4.º - Repita esta sequência.





Subir e descer escadas com 2 canadianas:

- Subir:**
 - 1.º - Avance a perna sã para o degrau seguinte; Mantenha as canadianas e a perna operada no mesmo degrau;
 - 2.º - Avance a perna operada, mantendo as canadianas no degrau abaixo;
 - 3.º - Avance as canadianas.
- Descer (inverso da subida):**
 - 1.º - Avance as canadianas;
 - 2.º - Avance a perna operada;
 - 3.º - Avance a perna sã.

Entrar e sair do carro:


- Para entrar, sentar-se com as pernas do lado de fora; Rode os membros inferiores para dentro, e mantenha o membro operado em extensão e afastado do outro membro;
- Para sair, fazer o inverso.

4. Exercícios

(10 repetições, 2/3 vezes ao longo do dia)

4.1. Contrações isométricas



Realizar as contrações empurrando o membro contra o colchão, durante 10 segundos; Contrair as nádegas, durante 10 segundos.


4.2. Mobilização da articulação tibiotársica

Movimentar o pé para a frente e para trás.




4.3. Flexão do joelho para trás e Flexão do joelho e coxofemoral

Exercícios de dobrar e esticar o joelho da perna operada para trás.




Exercícios de dobrar e esticar a perna operada para frente.



4.4. Ponte

Fletir as pernas e elevar a região lombo-pélvica.



APÊNDICE VI

Folheto: Artroplastia Total do Joelho: Exercícios Pós-Operatório



Objetivos

- Estabilizar e proteger a articulação;
- Melhorar a força muscular;
- Melhorar a amplitude do movimento;
- Melhorar a **qualidade de vida**.

"Sinta a diferença, mova-se com confiança"

Em caso de dúvidas, esclareça com a equipa!

Horário de funcionamento:
De 2ª a 6ª feira: 08:00 às 20:00
Sábados, domingos e feriados: 08:00 às 13:00

☎ [Redacted]
📍 [Redacted]
✉ [Redacted]

Elaborado por:
Enf.ª [Redacted] (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)
[Redacted] (Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação- Escola Superior de Saúde Atlântica)

Referências Bibliográficas

1. Contrações isométricas



Realizar as contrações empurrando o membro contra o colchão, durante 10 segundos. Contrair as nádegas, durante 10 segundos.

2. Mobilização da articulação tibiotársica

Fazer 10 repetições, 3/2 vezes ao longo do dia.



3. Flexão e Extensão do Joelho (deitado)

Fletir o joelho até tolerar e esticar a perna operada até apoiar na totalidade sobre a cama; Realize 10 repetições, 2 vezes/dia.

Suba a perna o máximo que conseguir sem dor, mantendo-a reta. Depois desça com cuidado, fletindo o joelho; Realize 10 repetições, 2 vezes/dia.


4. Adução e Abdução Coxo-femoral

Deite-se de barriga para cima, com a perna operada esticada; Lentamente, deslize essa perna para o lado, o máximo que conseguir sem dor, e depois traga a perna de volta ao centro; Realize 10 repetições, 2 vezes/dia.



5. Levantar e Sentar

Sair da cama pelo lado do membro operado, rodando até ficar sentado e apoiado nos braços; Na posição de sentado, mantenha a perna operada esticada e dobre o membro não operado até tocar no chão; Levante-se, realizando força com os braços, fazendo mais carga na perna não operada e tenha as canadianas/ andarilho, junto de si.



Para se sentar, coloque o membro operado em extensão; Baixe-se, lentamente, realizando força com os membros superiores nos braços da cadeira; Para se levantar, realize o inverso.

6. Progressão de Exercícios (10 repetições, 2/3 vezes ao dia, conforme tolerância)

Na posição de sentado, realize extensão do joelho (esticar a perna) e flexão do joelho (dobrar a perna até ao limite de dor).




Na posição de deitado de barriga para baixo, dobre e estique o joelho.



Deitado sobre o lado não operado, afaste a perna operada para cima, mantendo-a esticada; Desça, lentamente, até regressar à posição inicial.



Em pé, com as mãos apoiadas, afaste a perna operada para o lado, mantendo-a esticada; Regresse à posição de apoio inicial.



Com as mãos apoiadas, dobre perna operada para trás, fletindo o joelho; Retorne à posição de apoio inicial.



Com as mãos apoiadas, dobre o joelho à frente, fletindo a coxa; Retorne à posição de apoio inicial.




7. Treino de marcha (andarilho/ canadianas)

Posicione-se corretamente: Fique em pé com o andarilho/ 2 canadianas apoiadas no chão, ligeiramente à frente do corpo; Mantenha as mãos bem apoiadas e os cotovelos ligeiramente fletidos; Mantenha o tronco direito e o pé em frente, para evitar desequilíbrio.

Inicie a marcha nesta ordem:

- 1ª - Avance o andarilho ou as 2 canadianas ao mesmo tempo;
- 2ª - Avance a perna operada, apoiando o peso parcialmente;
- 3ª - Avance a perna não operada;
- 4ª - Repita esta sequência.




8. Treino de subir e descer escadas

Subir com 2 canadianas:

- 1ª - Avance a perna não operada para o degrau seguinte; Mantenha as canadianas e a perna operada no mesmo degrau;
- 2ª - Avance a perna operada, mantendo as canadianas no degrau abaixo;
- 3ª - Avance as canadianas.

Descer com 2 canadianas (inverso da subida):

- 1ª - Avance as canadianas;
- 2ª - Avance a perna operada;
- 3ª - Avance a perna não operada.

Subir com 1 canadiana e corrimão:

- 1ª - Trocar a canadiana de lado consoante a localização do corrimão (direita ou esquerda);
- Siga a sequência do 1º, 2º e 3º passo acima descritos.



Descer com 1 canadiana e corrimão (inverso da subida):

- 1ª - Trocar a canadiana de lado consoante a localização do corrimão (direita ou esquerda);
- Siga a sequência do 1º, 2º e 3º passo acima descritos.



APÊNDICE VII

Folheto: Cateterismo Vesical Intermitente: Folheto Informativo

Importante:

Se o volume de urina drenado for superior a 500ml, deverá clampar/ dobrar o cateter e drenar 100ml de cada vez, até esvaziar completamente a bexiga.

O horário entre cada esvaziamento deve ser respeitado, mas caso apresente sinais de bexiga cheia deverá realizar o esvaziamento antecipadamente (como por exemplo dor e abdómen volumoso, suor, tensão arterial elevada)

Existem dispositivos de apoio que facilitam a execução da técnica, como por exemplo, o espelho para as mulheres, dispositivo em "S" para fixar às calças, pinça de pressão para o cateter).

Esta técnica de esvaziamento pode ser realizada pela pessoa, e em caso de dependência, pode ser realizada por um familiar.

NÃO ESQUECER:

Opte pelo Cateterismo Vesical Intermitente no seu dia-a-dia: Torne-se mais independente e melhore a sua auto-estima!

Em caso de dúvidas, esclareça com os Enfermeiros!

REALIZADO POR:

Enf.ª [Redacted] (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)
Estudante Márcia Ribeiro

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica

CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

Folheto Informativo

Serviço de Reabilitação de Adultos

A Lesão Vertebro- Medular conduz a alterações na eliminação vesical, com impacto na qualidade de vida da pessoa e do prestador de cuidados, dependendo do nível e gravidade da lesão.

As alterações no funcionamento da bexiga, conduzem a uma nova condição, chamada de bexiga neurogénica, caracterizada por perda/ redução da sensibilidade e esvaziamento da bexiga incompleto, tendo consequências como as infeções urinárias, litíase renal, refluxo urinário e problemas renais.

O objetivo é permitir o esvaziamento regular da bexiga e evitar complicações.

Este cateterismo é realizado através da colocação de um cateter urinário flexível na uretra até à bexiga, 4 a 6x ao dia, conforme indicação clínica.



Material necessário:

- Compressas;
- Sabonete neutro ou Soro Fisiológico;
- Cateter urinário;
- Gel lubrificante (caso o cateter não inclua o gel lubrificante já colocado);
- Saco coletor de urina (caso não realize a drenagem para a sanita);
- Saco para sujos (lixo);

Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material;
3. Desinfetar as mãos com solução alcoólica/ desinfetante após a exposição dos órgãos genitais;
4. Limpar os genitais com sabonete neutro ou Soro Fisiológico;



Homem: Realizar a limpeza do meato urinário e da glande, puxando para trás a pele que reveste a glande;

Mulher: Sentido descendente, da frente para trás na direção do ânus, num único movimento, sendo em primeiro os pequenos lábios, depois os grandes lábios e, por fim, o meato- local onde vai ser inserido o cateter);

5. Abrir invólucro, sem retirar a sonda e adapte o saco coletor e, se o cateter não estiver lubrificado, coloque o gel lubrificante na extremidade com os orifícios, sem tocar na sonda;

6. Introduzir o cateter no meato urinário:

Homem: Segurar o pênis na posição vertical e introduzir lentamente o cateter; Quando surgir urina no cateter, coloque o pênis na posição normal para facilitar a drenagem; Quando terminar a drenagem de urina, realizar ligeira pressão sobre a bexiga para que esvazie totalmente; Retirar lentamente o cateter e, em simultâneo, pressione com os dedos tipo pinça, para que a urina não reflua;



Mulher: Com os dedos indicador e polegar, em forma de pinça, afaste os grandes e pequenos lábios para facilitar a observação do meato urinário;

Mantém os dedos afastados e introduzir lentamente o cateter no meato urinário até surgir urina no cateter; Quando terminar a drenagem de urina, realizar ligeira pressão sobre a bexiga para que esvazie totalmente; Retirar lentamente o cateter e, em simultâneo, pressione com os dedos tipo pinça, para que a urina não reflua;



7. Limpar os genitais após terminar o procedimento (sendo que os homens não se devem esquecer de colocar o prepúcio na posição inicial).

APÊNDICE VIII

Formulário: Cateterismo Vesical Intermitente



Formulário: Cateterismo Vesical Intermitente

Intervenção do Enfermeiro
na capacitação da pessoa/ prestador de cuidados com cateterismo vesical
intermitente

* Indica uma pergunta obrigatória

O presente questionário surge no decorrer do Estágio Profissionalizante, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Tem como objetivo a identificação das dificuldades que a pessoa/ prestador de cuidados apresentam acerca da técnica de cateterismo vesical intermitente com base nas intervenções dos Enfermeiros e, assim a elaboração de material educativo (folheto informativo) sobre o tema mencionado.

A sua submissão será anónima e tratada com total confidencialidade.

1. Considera a abordagem do cateterismo vesical intermitente um tema importante a ser abordado no serviço? *

Sim

Não

2. Com que frequência acompanha pessoas com necessidade de cateterismo vesical intermitente? *

Muitas vezes (> 5 vezes por semana)

Algumas vezes (3-4 vezes por semana)

Poucas vezes (1-2 vezes por semana)

Nunca

3. Sente que as pessoas apresentam dificuldade na técnica de esvaziamento vesical intermitente? *

Sim

Não

3.1. Se respondeu sim à questão anterior, refira quais as dificuldades: *

A sua resposta

4. Existe algum folheto no serviço sobre o tema? *

- Sim
- Não
- Desconheço

4.1. Se respondeu "Não", considera importante a formulação do mesmo? *

- Sim
- Não

5. Quais os conteúdos que considera serem mais importantes a incluir na elaboração do folheto informativo? (Escolha 4 opções) *

- Definição de cateterismo vesical intermitente
- Importância do cateterismo vesical intermitente
- Material necessário
- Procedimento (passos a realizar)
- Registos importantes: Diário miccional (ingestão hídrica, volumes urinários, perdas urinárias, outros sintomas)
- Complicações mais frequentes
- Eliminação urinária e Disreflexia autonómica

6. Considerando que no folheto haverá informações demonstrativas, quais as opções que considera as mais corretas a incluir para facilitar a aprendizagem da pessoa/ prestador de cuidados? (Refira 2 opções no máximo) *

- Imagens
- Vídeos explicativos
- Demonstração prática

APÊNDICE IX

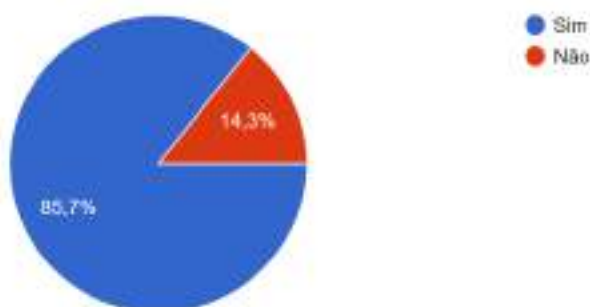
Resultados do Formulário: Cateterismo Vesical Intermitente

O presente questionário surge no decorrer do Estágio Profissionalizante, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Tem como objetivo a identificação das dificuldades que a pessoa/ prestador de cuidados apresentam acerca da técnica de cateterismo vesical intermitente com base nas intervenções dos Enfermeiros e, assim a elaboração de material educativo (folheto informativo) sobre o tema mencionado.

A sua submissão será anónima e tratada com total confidencialidade.

1. Considera a abordagem do cateterismo vesical intermitente um tema importante a ser abordado no serviço?

14 respostas

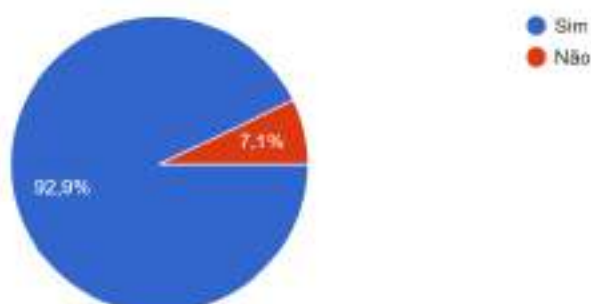


2. Com que frequência acompanha pessoas com necessidade de cateterismo vesical intermitente?

14 respostas



3. Sente que as pessoas apresentam dificuldade na técnica de esvaziamento vesical intermitente?
14 respostas



3.1. Se respondeu sim à questão anterior, refira quais as dificuldades:

13 respostas

Adquirir toda a informação; conhecer o aparelho genito-urinário; material; o objetivo e a técnica em si.

Mas senhoras: identificação do meato urinário

Manuseamento/técnica/destreza, propósito/objetivos, complicações, gestão do regime terapêutico

Manuseamento do material, visualização do meato urinário no caso das mulheres

Quando realizado pelo próprio, não só a técnica, mas também o facto de ser um procedimento invasivo. Quando realizado por cuidador há a dificuldade não só da técnica, mas também do papel relacional e da intimidade.

Destreza ao manuseamento do material, aprendizagem dos passos de uma técnica limpa mas para mim a maior dificuldade é aceitar a nova condição, pós lesão

Adaptação do material

Dificuldade na técnica, anatomia,

Realização da técnica e registos dos ingeridos e eliminados.

Realizar técnica asséptica e insuflação do balão

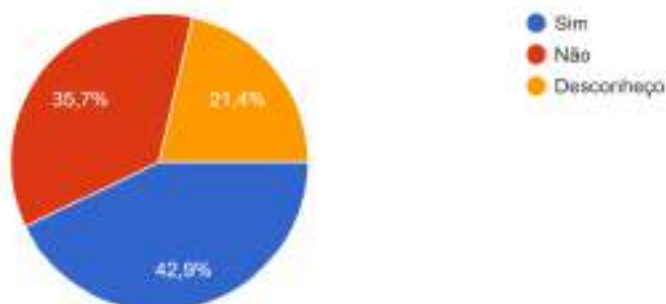
Compreensão da informação, execução da técnica, adesão aos horários, restringir ingestão hídrica,

Dificuldade em conhecer o seu próprio corpo bem como os materiais necessários para o procedimento

Na técnica

4. Existe algum folheto no serviço sobre o tema?

14 respostas



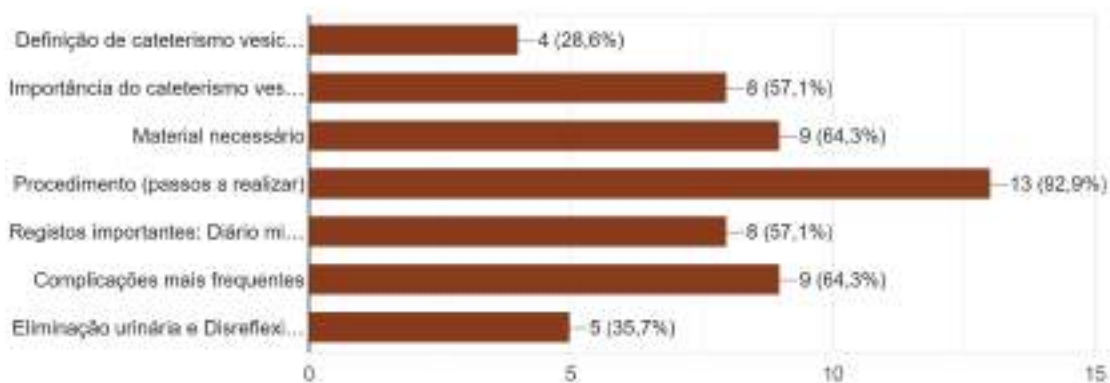
4.1. Se respondeu "Não", considera importante a formulação do mesmo?

5 respostas

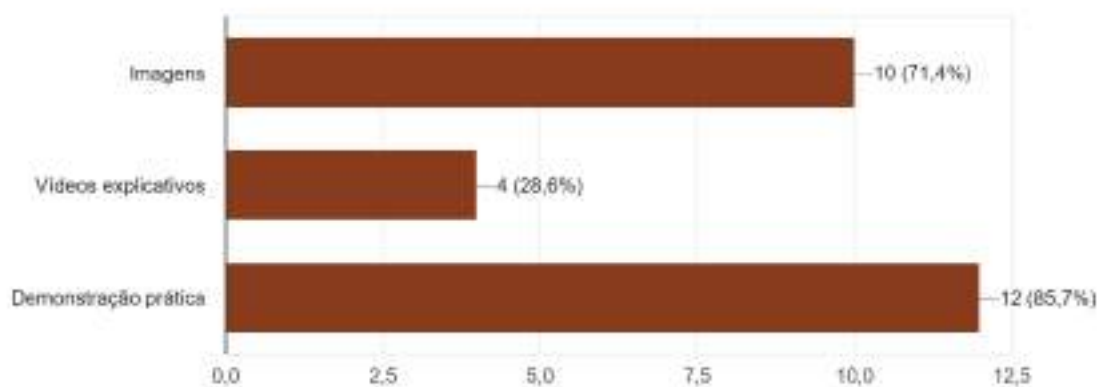


5. Quais os conteúdos que considera serem mais importantes a incluir na elaboração do folheto informativo? (Escolha 4 opções)

14 respostas



6. Considerando que no folheto haverá informações demonstrativas, quais as opções que considera as mais corretas a incluir para facilita...prestador de cuidados? (Refira 2 opções no máximo)
14 respostas



APÊNDICE X

Enquadramento Teórico para elaboração de Folheto Informativo sobre:
Intervenção do Enfermeiro na capacitação da pessoa/ prestador de cuidados
com cateterismo vesical intermitente



**ENQUADRAMENTO TEÓRICO PARA ELABORAÇÃO DE FOLHETO
INFORMATIVO SOBRE: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA CAPACITAÇÃO
DA PESSOA/ PRESTADOR DE CUIDADOS COM CATETERISMO VESICAL
INTERMITENTE**

A pessoa com Lesão Vertebro- Medular sofre alterações no seu padrão de eliminação vesical, com impacto na qualidade de vida da pessoa e do prestador de cuidados, dependendo do nível e gravidade da lesão (Sousa et al., 2022; Xavier et al., 2024). As alterações no funcionamento da bexiga, conduzem a uma condição denominada bexiga neurogénica, caracterizada por arreflexia, hipocontralidade ou hiperatividade detrusora, com perda/ redução da sensibilidade e esvaziamento vesical incompleto, tendo consequências como as infeções do trato urinário, litíase renal, refluxo vesicouretral e problemas renais (Clares et al., 2021; Miranda et al., 2020); Xiang et al., 2023). É de referir que a infeção urinária é a complicação mais frequente, causando impacto no programa de reabilitação da pessoa com Lesão Vertebro-Medular (Sousa et al., 2022).

Assim, a responsabilidade do Enfermeiro está direcionada para reduzir/ evitar complicações, restabelecer a capacidade adequada da bexiga, aumentar a complacência vesical e, deste modo, permitir o seu esvaziamento adequado, permitir a função de armazenamento da urina, proteger o trato urinário de infeções, evitar a incontinência urinária, proporcionar continência urinária adequada e evitar a utilização de cateteres vesicais permanentes (Xiang et al., 2023). Para tal, é necessário a intervenção de uma equipa multidisciplinar, sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem a responsabilidade de avaliar as mudanças dinâmicas da micção da pessoa, em tempo útil e adotar intervenções de enfermagens individualizadas de acordo com cada pessoa e com a fase de recuperação em que se encontra, capacitando a pessoa e o prestador de cuidados para realização de técnicas de manutenção vesical (Faleiros et al., 2021; Xiang et al., 2023).

Deste modo, a seleção do método mais indicado para o esvaziamento da bexiga está dependente de fatores, como por exemplo a capacidade motora e cognitiva, condição anátomo-fisiológica do trato urinário, do estilo de vida e do acesso a cuidados de saúde, sendo que o objetivo comum é permitir o esvaziamento regular da bexiga e evitar complicações decorrentes da disfunção vesical (Sousa et al., 2022).

O cateterismo vesical intermitente precoce é um método importante para o treino vesical, permitindo que a bexiga esvazie de forma intermitente e evitar um elevado residuo pós-miccional, contribuindo assim para a manutenção da capacidade da bexiga e da sua função de contração vesical (Xiang et al., 2023).

Este cateterismo é executado através da inserção de um cateter urinário flexível na uretra até à bexiga, devendo ser efetuado com intervalos regulares e entre 4 a 6 vezes ao dia, conforme indicação clínica (Faleiros et al., 2021).

Após a aquisição de conhecimentos acerca dos aspetos anátomo-fisiológicos e da execução da técnica, o enfermeiro deverá realizar a demonstração prática, realizando o procedimento na pessoa, com condições adequadas (luminosidade, privacidade e material adequado) e, posteriormente, simulando o espaço similar ao domicílio da pessoa (Henriques & Fumincelli, 2016).

Material necessário (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, s.d.; Ordem dos Enfermeiros, 2009):

- Luvas limpas;
- Compressas;
- Sabonete neutro ou Soro Fisiológico;
- Cateter urinário;
- Gel lubrificante (caso o cateter não inclua o gel lubrificante já colocado);
- Saco coletor de urina (caso não realize a drenagem para a sanita);
- Saco para sujos (lixo);

Procedimento (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, s.d.; Ordem dos Enfermeiros, 2009):

1. Lavar as mãos;
2. Preparar o material (manter o material reunido e acessível para o esvaziamento);
3. Desinfetar as mãos com solução alcoólica/ desinfetante após a exposição dos órgãos genitais;
4. Limpar os genitais com sabonete neutro ou Soro Fisiológico:
 - *Homem*: Realizar a limpeza do meato urinário e da glande, puxando para trás a pele que reveste a glande;

- *Mulher*: Realizar limpeza no sentido descendente, da frente para trás na direção do ânus, num único movimento, sendo em primeiro os pequenos lábios, depois os grandes lábios e, por fim, o meato- local onde vai ser inserido o cateter);

5. Abrir invólucro do cateter vesical- Sem retirar a sonda e adapte o saco coletor e, se o cateter não estiver já lubrificado, coloque o gel lubrificante na extremidade com os orifícios, sem tocar na sonda;

6. Introduzir o cateter no meato urinário:

Homem:

- Segurar o pênis na posição vertical e introduzir lentamente o cateter;

- Quando surgir urina no cateter, coloque o pênis na posição normal para facilitar a drenagem;

- Quando terminar a drenagem de urina, realizar ligeira pressão sobre a bexiga para que esvazie totalmente;

- Retirar lentamente o cateter e, em simultâneo, pressione com os dedos tipo pinça, para que a urina não reflua;

Mulher:

- Com os dedos indicador e polegar, em forma de pinça, afaste os grandes e pequenos lábios para facilitar a observação do meato urinário;

- Manter os dedos afastados e introduzir lentamente o cateter no meato urinário até surgir urina no cateter;

- Quando terminar a drenagem de urina, realizar ligeira pressão sobre a bexiga para que esvazie totalmente;

- Retirar lentamente o cateter e, em simultâneo, pressione com os dedos tipo pinça, para que a urina não reflua;

7. Limpar os genitais após terminar o procedimento (sendo que os homens não se devem esquecer de colocar o prepúcio na posição inicial).

Aspetos importantes (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, s.d.; Ordem dos Enfermeiros, 2009):

Pode ser realizado pela própria, preferencialmente na cadeira de rodas ou na sanita, de forma a tornar-se o mais independente possível. Em caso de necessidade, existem dispositivos de apoio que facilitam a execução da técnica, como por exemplo, o espelho para as mulheres, dispositivo em “S” para fixar as calças, pinça de prensão para o cateter). Esta mesma técnica de

esvaziamento vesical também pode ser executada pelo prestador de cuidados, em caso de dependência da pessoa.

É de referir que o volume de urina drenado for superior a 500ml, deverá clampar/ dobrar o cateter e drenar 100ml de cada vez, até esvaziar completamente a bexiga.

O horário de intervalo entre cada esvaziamento deve ser respeitado, mas caso apresenta sinais de bexiga cheia deverá realizar o esvaziamento antecipadamente (como por exemplo, distensão do abdómen, suor, tensão arterial elevada).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Clares, J. W., Guedes, M. V., & Freitas, M. C. (2021). Construção de diagnósticos de enfermagem para pessoas com lesão medular em reabilitação. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 55(e03750), 1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020038403750>

Faleiros, F., Cordeiro, A., Lopes, F. G., & Fátima, K. (2021). Enfermagem de reabilitação na assistência à pessoa com lesão medular. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação- Concepções e Práticas* (pp. 404-429). Lidel.

Henriques, F. M., & Fumincelli, L. (2016). A Pessoa com Lesão Medular. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 433-450). Lusodidacta.

Miranda, R. S., Assis, G. M., Dornellas, A. C., Messias, A. M., Batista, V. T., & Gomes, J. J. (2020). Cateterismo intermitente limpo no paciente com lesão medular: conhecimento dos enfermeiros. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 18(e0220), 1-9. https://doi.org/10.30886/estima.v18.828_PT

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-medular*.

Sousa, S. S., Martins, M. M., Andrade, M. J., Barbeiro, S. R., & Teixeira, V. (2022). Cuidados de Enfermagem em Contexto Agudo à Pessoa com Lesão Medular: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 1-20. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.204>

Xavier, A. A., Pereira, J. S., Monteiro, R. S., Cruz, V. V., Silva, H. F., & Machado, W. C. (2024). Intervenções de Enfermagem de Reabilitação ao paciente com lesão medular: Protocolo de Revisão de Escopo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), 1-11. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.358>

Xiang, L., Li, H., Xie, Q.-Q., Siau, C. S., Xie, Z., Zhu, M.-T., Zhou, B., Li, Z.-P., & Wang, S.-B. (2023). Rehabilitation care of patients with neurogenic bladder after spinal cord injury: A literature review. *World Journal of Clinical Cases*, *11*(1), 57-64. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i1.57>

APÊNDICE XI

Registo Diário de intervenções de Enfermagem de Reabilitação no Estágio de
Reabilitação na Comunidade

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Estágio de Reabilitação na Comunidade
 "Registo Diário de Intervenções de Enfermagem de Reabilitação"

Pessoa	Intervenções EEER	Resultados/ Avaliação EEER
Sr. A.	Controlo e dissociação TR, otimização posicionamento e posição de relaxamento, penso; ensino de Sinais alerta à cuidadora.	Dispneia, dor abdominal/estomago, intolerância à atividade, edema pernas +++, ferida no tornozelo direito e interdigital esquerdo; Melhoria da dor, melhoria da dispneia (doente incentivado a ir ao SUG-recusa, faleceu no dia seguinte.
Sr. A.	Técnica de posicionamento, mobilização ativa-assistida, supervisão da cuidadora na avaliação da glicemia capilar, realização de penso.	Ferida no tornozelo esquerdo, parestia hemitórax esquerdo, rigidez articular braço esquerdo; Tratamento de ferida no tornozelo esquerdo; Mobilização ativo-assistida MS e MI
Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida, HUFF? Aspiração secreções, drenagem postural modificada, transferência para cadeira de rodas, treino de ortostatismo.	Sem SDR, secreções audíveis, dificuldade na limpeza das vias aéreas (tossir e expetorar), movimento muscular comprometido; Remoção secreções brônquicas (c/ aspiração de secreções), melhoria padrão respiratório; Transferência para cadeira de rodas de forma assistida.
Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida, HUFF? Aspiração secreções, drenagem postural modificada;	Não apresenta SDR, mantém secreções audíveis, com dificuldade na limpeza das vias aéreas (tosse+ expetorar); Realizada mobilização de secreções (acessórias) e aspiração de secreções (esbranquiçadas em abundante quantidade)
Sr. E.	Anquilose acentuada, com rigidez articular dos MS e MI (doente acamada); Realizada mobilização passiva dos 4 membros; Avaliação do local de inserção da PEG.	Exercícios de mobilização passiva dos MS e MI no leito (doente desorientada, não colaborante), após exercícios verificou-se diminuição da rigidez nos MS e MI; Local de inserção da PEG sem sinais inflamatórios. Cuidadora independente nos cuidados.
Sr. P. 1.ª Visita Domiciliária	Pessoa totalmente dependente; Cuidador: marido (não capacitado) e apoio de cuidadora durante o período diurno; Incentivado à utilização de cama articular; Realizados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos/ mobilizações/ cuidados de higiene/ troca de fralda/ alimentação (risco de aspiração por disfagia);	Consciente, orientada na pessoa, desorientada no tempo e no espaço, totalmente dependente nas AVD; Reside no domicílio com o marido, agora com apoio de cuidadora durante o período diurno; Queixosa no posicionamento e mobilização do MSD, com limitação da amplitude articular- realizados ensinios ao marido e cuidadora; realizados exercícios de mobilização passiva dos MS e MI- pouco colaborante.

	Apresenta FT na região occipital (penso realizado ontem no momento da alta hospitalar); apresenta penso na região sacrococcígea (realizado tratamento).	
Sr ^a . C.	Intervenção na ventilação e limpeza das vias aéreas: Posição de relaxamento; CDTR; Ventilação dirigida; Técnica de posicionamento; Tosse assistida e tosse dirigida; Intervenção motora: Treino de equilíbrio em pé (estático e dinâmico); treino subir e descer escadas (no prédio).	Melhorou padrão ventilatório e na mobilização/ expetoração de secreções (esbranquiçadas em moderada quantidade); Tolerou treino de marcha e treino de subir e descer escadas do 4º andar até ao R/C e do R/C até ao 4º andar.
Sr ^a . E.	Mobilização ativa dos MS e MI- limite da articulação e da dor; Treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico); Treino de marcha com andarilho.	Colaborante, reforçada importância dos exercícios de mobilização após as visitas domiciliárias; Tolerou treino de marcha com andarilho do quarto para a sala (possui elevador nas escadas para saídas ao exterior).
Formação: 14H- 16H (2H)	Limpeza das Vias Aéreas- Técnicas e Recursos (<i>online</i>).	
Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida, aspiração secreções, drenagem postural modificada.	Não apresenta SDR, secreções pouco audíveis. Apresenta melhoria na quantidade e características da expetoração; mantém dificuldade na limpeza das vias aéreas (tosse+ expetorar), com necessidade de aspiração de secreções (pequena quantidade).
Sr ^a . C.	Intervenção na ventilação e limpeza das vias aéreas: Posição de relaxamento; CDTR; Ventilação dirigida; Técnica de posicionamento; Tosse assistida e tosse dirigida na posição de sentada; Intervenção motora: Treino de equilíbrio em pé (estático e dinâmico); treino subir e descer escadas (no prédio).	Apresentou episódios de vômito com frequência, aquando da RFR. Apresenta produção de saliva aumentada; Tolerou treino de marcha e treino de subir e descer escadas do 4º andar até ao R/C e do R/C até ao 4º andar.
Sr ^a E.	Anquilose acentuada, com rigidez articular dos MS e MI (doente acamada); Realizada mobilização passiva dos 4 membros; Levante para cadeirão;	Exercícios de mobilização passiva dos MS e MI no leito (doente desorientada, não colaborante), após exercícios verificou-se diminuição da rigidez nos MS e MI;

	Avaliação do local de inserção da PEG;	Reforçados ensinios a cuidadora aquando da transferência para cadeirão; Local de inserção da PEG sem sinais inflamatórios, apresenta hipergranulação- realizado tratamento com Nitrato de Prata; Cuidadora independente nos cuidados.
Sr ^a . E.	Mobilização ativa dos MS e MI- limite da articulação e da dor; Treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico); Treino de marcha com andarilho.	Colaborante, no entanto, refere dor mais acentuada no MSD e MID. Reforçada importância dos exercícios de mobilização após as visitas domiciliárias; Tolerou treino de marcha com andarilho do quarto para a sala.
Sr. N. 1 ^a Visita Domiciliária	Realizado acolhimento e fornecida informação acerca do funcionamento da UCC; Pessoa no domicílio com cuidadora (esposa); Avaliação Inicial da pessoa; Realizada RFM no leito; Realizados ensinios à cuidadora; Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo.	Realizada história clínica; Avaliadas condições de habitabilidade; Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-assistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte; Apresenta UP (flictena íntegra) no calcâneo esquerdo- realizada limpeza c/ SF 0.9% + Inadine+ compressas + ligadura; Realizados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações; no leito, dieta e cuidados na eliminação intestinal.
Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida, aspiração secreções, drenagem postural modificada.	Não apresenta SDR, secreções pouco audíveis. Apresenta melhoria na quantidade e características da expectoração; mantém dificuldade na limpeza das vias aéreas (tosse+ expectorar), com necessidade de aspiração de secreções (pequena quantidade); Sat.O2 em ar ambiente: 97%.
Sr. N.	Realizada RFM no leito. Treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico); Realizados ensinios à cuidadora; Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo.	Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-assistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte- apresenta melhoria na avaliação da força muscular; Realizado posicionamento de sentado no leito com pés no chão e treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico). Sem capacidade para treino de equilíbrio na posição de pé;

		<p>Apresenta UP (flictena íntegra) no calcâneo esquerdo- realizada limpeza c/ SF 0.9% + Iodine+ compressas + ligadura- mantido tratamento;</p> <p>Realizados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito).</p>
Sr ^a . C.	<p>Intervenção na ventilação e limpeza das vias aéreas: Posição de relaxamento; CDTR; Ventilação dirigida; Técnica de posicionamento, Tosse assistida e tosse dirigida na posição de sentada;</p> <p>Intervenção motora: Treino de equilíbrio em pé (estático e dinâmico);</p> <p>Realizado tratamento a feridas de local de inserção de drenos e jejunostomia.</p>	<p>Apresentou episódios de vômito com frequência e mal-estar geral aquando da RFR. Apresenta produção de saliva aumentada;</p> <p>Realizou treino de equilíbrio na posição de pé (estático e dinâmico);</p> <p>Reforçados ensinios acerca da importância de manter realização de exercícios diariamente.</p>
Sr ^a . E.	<p>Mobilização ativa dos MS e MI- limite da articulação e da dor;</p> <p>Treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico);</p> <p>Treino de marcha com andarilho.</p>	<p>Colaborante na sessão;</p> <p>Realizados exercícios de RFM dos MS's e MI's na posição de sentada;</p> <p>Reforçada importância dos exercícios de mobilização após as visitas domiciliárias;</p> <p>Tolerou treino de marcha com andarilho do quarto para a sala.</p>
Sr. M.	<p>Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida, aspiração secreções, drenagem postural modificada.</p>	<p>Não apresenta SDR, secreções audíveis;</p> <p>Apresenta melhoria nas características da expectoração;</p> <p>Mantém dificuldade na limpeza das vias aéreas (tosse+ expectorar), com necessidade de aspiração de secreções (moderada quantidade).</p>
Sr. C.	<p>Controlo e dissociação TR, CATR, Tosse dirigida</p> <p>Treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé;</p> <p>Exercícios de mobilização no leito- ponte e rolamento;</p> <p>Ensinios acerca de alongamento;</p> <p>Administração de terapêutica inalatória.</p>	<p>Pouco colaborante nos cuidados, apresentando dificuldade de concentração nos ensinios realizados;</p> <p>Condições precárias de habitabilidade;</p> <p>Apresenta cansaço a médios esforços;</p> <p>Reforçados ensinios acerca da administração de inaloterapia;</p> <p>Apresenta dificuldade na mobilização e expulsão de secreções;</p> <p>Realizada massagem na região lobar, por queixas algicas.</p>
Sr. G.	<p>Exercícios de mobilização ativo-resistidas dos MI's,</p> <p>Treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé;</p>	<p>Apresenta dificuldade em cumprir plano de reabilitação, por vezes pouco colaborante;</p>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

	Técnica de levantar sem apoio (leito e sofá); Realizado treino de marcha com andarilho.	Apresenta desequilíbrio na posição de pé (dinâmico); Reforçados ensinios acerca da marcha com andarilho.
Sr ^a . A. F.	Realizado treino de RFM: avaliação de equilíbrio estático e dinâmico (sentada e em pé); treino de marcha; Tratamento de UP no calcâneo direito.	Pessoa consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo; Apresenta bom equilíbrio sentada (estático e dinâmico), bom equilíbrio estático sentada e equilíbrio médio dinâmico em pé; Realizado tratamento a UP Grau III- 2x2 cm Tecido desvitalizado- 30% Tecido de granulação- 70% Tratamento: Lavagem com SF 0.9%+ Iodine+ Poliuretano.
Sr ^a . A. L.	Mobilizações ativo assistidas do MSE; Mobilizações ativo-resistidas do MIE; Exercícios de mobilização de MS's: facilitação cruzada, exercícios com bola. Técnica de posicionamento para prevenção de aspiração.	Colaborante nos cuidados; Apresenta melhoria no grau de força do MIE. Referiu queixas algicas no MSE, realizada intervenção até ao limite da dor.
Sr. A.	Técnica de posicionamentos e mobilizações, mobilização ativa-assistida, supervisão da cuidadora na avaliação da glicemia capilar, realização de pensos.	Ferida no tornozelo esquerdo, parestia hemicorpo esquerdo, rigidez articular braço esquerdo; Tratamento de ferida no tornozelo esquerdo; Tratamento ferida no 1º dedo do pé direito; Mobilização ativo-assistida MS e MI; Posicionamento na posição de sentado no leito (pouca tolerância); Reforçados ensinios à cuidadora acerca do posicionamento na mudança da fralda/ cuidados de higiene- prevenção de lesões da cuidadora.
Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada.	Não apresenta SDR; Apresenta melhoria nas características da expetoração; melhoria na limpeza das vias aéreas (tosse+ expetorar), aparentemente deplute as secreções, sem necessidade de aspiração de secreções.
Sr. A.	Técnica de posicionamento, mobilização ativa-assistida, reforçados ensinios à cuidadora nos posicionamentos/ mobilizações, realização de tratamento de feridas (hallux + maléolo).	Ferida no tornozelo esquerdo, parestia hemicorpo esquerdo, rigidez articular braço esquerdo; Tratamento de ferida no tornozelo esquerdo e hallux à dta; Mobilização ativo-assistida MS e MI; posicionamentos no leito- ponte e rolamento.

Sr ^a E.	Anquilose acentuada, com rigidez articular dos MS e MI (doente acamada). Realizada mobilização passiva dos 4 membros; Avaliação do local de inserção da PEG.	Exercícios de mobilização passiva dos MS e MI no leito (doente desorientada, pouco colaborante), após exercícios verificou-se diminuição da rigidez nos MS e MI; Local de inserção da PEG sem sinais inflamatórios. Cuidadora independente nos cuidados; Alta da UCC
Sr ^a C.	Intervenção na ventilação e limpeza das vias aéreas: CDTR; Tosse assistida e tosse dirigida na posição de sentada. Intervenção motora: Treino de equilíbrio em pé (estático e dinâmico); Exercícios de mobilização dos MS's e MI's (com pesos e resistências).	Apresentou menos episódios de vômito, mas apresenta produção de saliva aumentada- sob administração de atropina gotas via oral. Realizou treino de equilíbrio na posição de pé (estático e dinâmico) - boa tolerância; Reforçados ensinios acerca da importância de manter realização de exercícios diariamente.
Sr ^a E.	Mobilização ativa dos MS e MI- limite da articularização e da dor; Treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico); Treino de marcha com andarilho.	Colaborante na sessão de Enf. De Reabilitação; Realizados exercícios de RFM dos MS's e MI's na posição de sentada; Apresenta edema e tumefação na região deltóide à dta, comunicado à médica de família no sentido de otimização de terapêutica. Reforçada importância dos exercícios de mobilização após as visitas domiciliárias; Tolerou treino de marcha com andarilho do quarto para a sala.
Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada.	Não apresenta SDR. Apresenta melhoria nas características da expectoração; melhoria na limpeza das vias aéreas (tosse+ expectorar), aparentemente deglute as secreções, sem necessidade de aspiração de secreções. Realizado teste de deglutição, apresenta reflexo de mastigação, mas apresenta aumento do tempo de deglutição c/ necessidade de aspiração de conteúdo alimentar após o teste.
Sr. N.	Realizada RFM no leito; Treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico); Realizados ensinios à cuidadora; Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo.	Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-assistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte- apresenta melhoria na avaliação da força muscular;

		<p>Realizado posicionamento de sentado no leito com pés no chão e treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico). Sem capacidade para treino de equilíbrio na posição de pé;</p> <p>Realizada RFR: CDTR; Respiração abdomino diafragmática;</p> <p>Apresenta UP (flictena íntegra) no calcâneo esquerdo- realizada limpeza c/ SF 0.9% + Inadine+ compressas + ligadura- mantido tratamento;</p> <p>Realizados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito).</p>
Sr ^a . C.	<p>Intervenção na ventilação e limpeza das vias aéreas: CDTR; Tosse assistida e tosse dirigida na posição de sentada;</p> <p>Intervenção motora: Treino de equilíbrio em pé (estático e dinâmico); Exercícios de mobilização dos MS's e MI's (com pesos e resistência)</p>	<p>Realizou treino de equilíbrio na posição de pé (estático e dinâmico) e marcha - boa tolerância;</p> <p>Reforçados ensinios acerca da importância de manter realização de exercícios diariamente.</p>
Sr ^a . E.	<p>Treino de equilíbrio;</p> <p>Treino de Marcha;</p> <p>Posicionamentos e transferências.</p>	<p>Apresenta melhoria significativa do processo de reabilitação, mais independente nas AVD's.;</p> <p>Realizado treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico) - boa tolerância;</p> <p>Realizados exercícios de mobilização e posicionamento no leito;</p> <p>Realizado treino de transferências do leito para a posição de pé;</p> <p>Realizado treino de marcha com apoio de canadiana e, posteriormente, sem apoio- boa tolerância;</p> <p>Refere períodos em que se sente medo de cair- realizado teste de levantar e sentar.</p>
Sr. A.	<p>Técnica de posicionamento, mobilização ativa-assistida, reforçados ensinios à cuidadora nos posicionamentos/ mobilizações, realização de tratamento de feridas (hallux + maléolo).</p>	<p>Realizadas mobilizações ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito;</p> <p>Realizado treino de equilíbrio estático na posição de sentado- com pouca tolerância- hipotenso;</p> <p>Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinios à cuidadora;</p> <p>Tratamento de ferida no tornozelo esquerdo e hallux à dia.</p>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada.	Apresenta períodos de farfalheira (mais intenso no período noturno, segundo cuidadora). Apresenta mais expectoração e mais dificuldade na mobilização de secreções e eliminação das mesmas, aparentemente sem reflexo de deglutição; Após aplicações de técnicas e manobras acessórias, sem capacidade de eliminação de secreções, pelo que foi necessário aspirar secreções-esbranquiçadas, espessas e em abundante quantidade.
Sr. N.	Realizada RFM no leito; Treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico) Realizados ensinios à cuidadora; Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo.	Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-assistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte- apresenta melhoria na avaliação da força muscular; Realizado posicionamento de sentado no leito com pés no chão e treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico). Sem capacidade para treino de equilíbrio na posição de pé; Realizada RFR: CDTR, Respiração abdomino diafragmática; Reforçados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito).
Sr. A.	Técnica de posicionamento, mobilização ativa-assistida, reforçados ensinios à cuidadora nos posicionamentos/mobilizações.	Realizadas mobilizações ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito; Realizado treino de equilíbrio estático na posição de sentado- com melhor tolerância do que na sessão anterior; Realizadas técnicas de posicionamento no leito e reforçados ensinios à cuidadora.
Sr.ª C.	Penso UP região sacro; Realizadas mobilização passiva dos MS's e MI's; Realizado alternância de decúbitos e reforçados ensinios junto da cuidadora.	UP com boa evolução cicatricial, mantém exudado purulento, mantido tratamento; Cuidadora com potencial para aquisição de conhecimentos e capacidades.
Sr.ª L.	Após contacto telefónico por familiar durante o período da manhã, realizada visita domiciliar devido a aparente obstrução do sonda vesical; Reforçados ensinios acerca da eliminação urinária (cuidados com sonda vesical) e posicionamentos de conforto.	Consciente, prostrada, reativa a estímulos dolorosos; Conforto comprometido, colocado penso transdérmico e realizada alternância de decúbito para posição de conforto; Por apresentar sonda vesical obstruída, foi-realizada;

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

	Reforçados ensinamentos acerca de administração de terapêutica analgésica (inerente à colocação de pensos transdérmicos de Buprenorfina).	Cuidadora apresentou melhoria do conhecimento acerca dos cuidados a ter em consideração com a sonda vesical.
Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada.	Mantém farfalheira, com presença de roncos; mantém dificuldade na mobilização e eliminação de secreções; Após aplicações de técnicas e manobras acessórias, não eliminou secreções, pelo que foi necessário aspirar secreções- esbranquiçadas, espessas e em abundante quantidade.
Sr. C.	Realizado tratamento a úlceras venosas em ambos os MI's; Realizados ensinamentos acerca dos cuidados sobre a mobilização dos membros inferiores e o posicionamento dos mesmos c/ objetivo de melhoria de edemas e de promover a cicatrização de feridas.	Sr. C. pouco colaborante durante a visita domiciliária, recusa ensinamentos acerca dos cuidados de promoção de saúde; Realizado tratamento de feridas.
Sr. E.	Tratamento de feridas; Realizada sessão do RFM: mobilização dos MI's na posição de sentado em cadeira de rodas, realizada transferência de pôr-se de pé, realizados exercícios de treino de equilíbrio na posição de sentado e em ortostatismo; Realizados ensinamentos a cuidadora acerca da técnica de posicionamento no leito e de transferência para cadeira de rodas.	Realizado tratamento úlceras venosas no MI; Apresenta equilíbrio médio na posição de sentado estático e dinâmico e equilíbrio diminuído na posição de pé estático e dinâmico; Cuidadora com potencial para aquisição de conhecimentos na prestação de cuidados.
Sr.ª A. M.	Prestados cuidados na troca de sacos de nefrostomias bilaterais; Ensinamentos sobre: controlo de queixas algicas, cuidados com ostomia.	A Sr.ª A. M. apresenta conforto comprometido, com dor não controlada, sendo incentivada a administração de analgesia e reforçados ensinamentos acerca dos cuidados com terapêutica transdérmica; Cuidadores pouco receptivos no decorrer da visita domiciliária; Trocados pensos de nefrostomias, com presença de sinais inflamatórios no local de inserção, reforçados ensinamentos acerca dos cuidados com ostomia.
Sr. M.	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada.	Mantém farfalheira, com presença de roncos; mantém dificuldade na mobilização e eliminação de secreções;

		Após aplicações de técnicas e manobras acessórias, não eliminou secreções, pelo que foi necessário aspirar secreções- esbranquiçadas, espessas e em abundante quantidade; Reforçados ensinios junto da cuidadora sobre administração de inaloterapia; Realizada transferência para cadeira de rodas, como melhoria da respiração e mobilização de secreções.
Sr.ª A. E.	Realizado treino de RFM: treino de marcha; Tratamento de UP no calcâneo direito.	Consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo; Tolerou treino de marcha no domicílio, necessitando de supervisão por equilíbrio comprometido. Reforçados ensinios a cuidadores acerca do risco de queda, Realizado tratamento a UP Grau III, Reforçados ensinios a cuidadores sobre cuidados a UP
Sr. C.	Não foi possível realizar visita domiciliária por ausência da pessoa.	Não foram realizadas intervenções.
Sr. G.	Realizada sessão de RFM: Treino de equilíbrio e treino de marcha no domicílio; Realizados ensinios acerca da prevenção de quedas no domicílio e de estratégias adaptativas.	Apresenta bom equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, bom equilíbrio na posição de pé estático e equilíbrio médio na posição dinâmica de ortostatismo; Tolerou treino de marcha com apoio de andrinho, desde a sala de estar até ao quarto; Incentivado acerca do uso de dispositivos auxiliares de marcha (andarilho).
Sr. N.	Realizada RFM no leito; Treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico) Realizados ensinios à cuidadora; Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo.	Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-assistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte- apresenta melhoria na avaliação da força muscular; Realizado posicionamento de sentado no leito com pés no chão e treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico). Realizado treino de equilíbrio de pé (estático e dinâmico)- tolerância razoável na posição estática, não apresenta equilíbrio na posição dinâmica; Realizada RFR: CIDTR; Respiração abdominal diafragmática;

		Reforçados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito). Realizados ensinios sobre técnica de pôr-se de pé (junto da cuidadora).
Sr. A.	Técnica de posicionamento, mobilização ativa-assistida, reforçados ensinios à cuidadora nos posicionamentos/ mobilizações, realização de tratamento de feridas (hallux + maléolo).	Realizadas mobilizações ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito. Recusou colocar-se na posição de sentado no leito com os pés no chão. Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinios à cuidadora. Tratamento de ferida no tornozelo esquerdo e hallux à dia.
Sr. M	RFR, CDTR, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); Técnica de expiração lenta; Tosse dirigida; Por melhoria foi realizado teste de deglutição (modelo adaptado do teste de Guss); Reforçados ensinios acerca de: técnica preventiva da aspiração, alimentação por SNG; higiene da cavidade oral.	Mais colaborante; Sem necessidade de aspiração de secreções audíveis; Tosse eficaz, mobiliza e deglute secreções; Demonstra compromisso da deglutição na fase oro-faríngea; realizada limpeza da cavidade oral.
Sr. C.	Por mau estar geral, apenas foi realizado reforço dos exercícos de CDTR e respiração abdomino-diafragmática.	Por náusea e obstrução da ostomia de alimentação, não foram realizados exercícos de maior complexidade- promoção de conforto.
Sr. C. G.	Realizado treino de marcha e treino de subir e descer escadas Reforçados ensinios sobre prevenção de quedas e gestão do esforço.	Demonstra equilíbrio estável, Apresenta tolerância ao esforço realizado durante a marcha e a subida e descida de escadas (15 degraus na escada exterior do domicílio).
Sr.ª E.	Realizada visita domiciliar, doente ausente do domicílio.	Não foi realizada sessão de Enfermagem de Reabilitação.
Sr. M	Controlo e dissociação TR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse assistida, drenagem postural modificada.	Mais prostrado e menos colaborante nos cuidados prestados, Realizada técnica de tosse, sem colaboração; realizadas manobras acessórias e aspiradas secreções esbranquiçadas e espessas em moderada quantidade.
Sr.ª E.	Mobilização ativa dos MS e MI- limite da articulação e da dor; Treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico); Treino de marcha com andartilho.	Consciente, orientada nas três vertentes, colaborante; Realizados mobilizações ativo-resistidas dos MS's e MI's na posição de sentada (extensão/ flexão, adução/ abdução sobre a mesa, circundação, retração e elevação dos ombros apresentando dor acentuada- realizada massagem de relaxamento no ombro à direita com solução tópica anti-inflamatória.

		<p>Reforçada importância dos exercícios de mobilização após as visitas domiciliares;</p> <p>Tolerou treino de marcha com andarilho do quarto para a sala.</p>
Sr. C.	<p>Intervenção Foco Ventilação;</p> <p>Intervenção motora: Treino de equilíbrio em pé (estático e dinâmico).</p>	<p>Realizou treino de equilíbrio na posição de pé estático e dinâmico (apoio unipodal, adução e abdução coxofemoral, flexão e hiperextensão coxofemoral, equilíbrio em ponta de pés e calcanhares, marcha estática) - boa tolerância;</p> <p>Reforçados ensinios acerca da importância de manter realização de exercícios diariamente;</p> <p>Treino de respiração abdominodiafragmática (sentada, decúbito dorsal e decúbito lateral dto e esq.).</p>
Sr. J. 1ª Visita Domiciliária	<p>Realizado acolhimento ao serviço e explicadas normas do mesmo;</p> <p>Realizada avaliação inicial;</p> <p>Prestado apoio à cuidadora;</p> <p>Realizados exercícios de reabilitação respiratória (controlo e dissociação dos tempos respiratórios; Tosse assistida e dirigida;</p> <p>Realizados exercícios de mobilização dos MS's e MI's;</p> <p>Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé (razoável tolerância na posição estática; não tolera treino dinâmico);</p> <p>Realizado exercício de posicionamentos no leito, incluindo posição de sentado no leito com os pés no chão);</p> <p>Realizados ensinios a cuidadora sobre cuidados de higiene, mobilizações, posicionamentos no leito e transferências.</p>	<p>Pessoa consciente, orientada na pessoa e desorientada no tempo e no espaço;</p> <p>Reside no domicílio com a esposa e com o apoio da filha (cuidadora, que reside no andar abaixo);</p> <p>Totalmente dependente nas AVD's;</p> <p>Possui cama articulada;</p> <p>Hemodinamicamente estável;</p> <p>Colaborante por períodos;</p> <p>Cuidadora receptiva a ensinios.</p>
Sr. M.	<p>Realizados ensinios de RFR: CDTR, manobras acessórias – percussão, compressão e vibração, tosse dirigida, drenagem postural modificada.</p>	<p>Mais sonolento e menos colaborante na sessão;</p> <p>Apresenta dificuldade na mobilização e eliminação de secreções, com necessidade de aspiração de secreções (esbranquiçadas e espessas, em moderada quantidade).</p>

<p>Sr. J.</p>	<p>Realizados exercícios de RFR: CDTR, manobras acessórias (vibração e compressão); tosse dirigida; Realizada tentativa de pessoa sentar-se no leito c/ os pés no chão, não colaborou e não apresentou equilíbrio na posição estática sentado; Realizados ensinios à cuidadora sobre mobilizações e posicionamentos no leito; Reforçados ensinios à cuidadora acerca da alimentação e higiene oral (vigiar disfagia); Reforçados ensinios à cuidadora acerca da administração de terapêutica inalatória.</p>	<p>Pessoa consciente, mais prostrado e sonolento em relação à visita domiciliar anterior; Menos colaborante na sessão, com necessidade de aspiração de secreções, apresenta secreções na orofaringe, sem capacidade para eliminação das mesmas- aguarda instalação de aspirador no domicílio, segundo prescrição médica; Sinais Vitais estáveis; Cuidadora apresenta potencial de conhecimento e capacidades acerca dos ensinios realizados.</p>
<p>Sr.ª A. F.</p>	<p>Realizado treino de RFM: avaliação de equilíbrio estático e dinâmico (sentada e em pé); treino de marcha; Tratamento de UP no calcâneo direito.</p>	<p>Pessoa consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo; Apresenta bom equilíbrio sentada (estático e dinâmico), bom equilíbrio estático em pé e equilíbrio médio dinâmico em pé; Reforçados ensinios a cuidadores acerca do risco de queda, Reforçados ensinios a cuidadores sobre cuidados a ter com penso de UP; Realizado tratamento a UP Grau III.</p>
<p>Sr.ª C.</p>	<p>Realizada sessão de RFR: CDTR; terapêutica de posição; tosse dirigida; Realizados exercícios de RFM: mobilização e alternância de posicionamentos no leito; Reforçados ensinios a cuidadora sobre Realizados tratamentos a UP's.</p>	<p>Pessoa consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo; Apresenta cansaço a pequenos esforços, polipneta, tosse eficaz. Não apresenta prótese dentária bem adaptada/fixada, pelo que cuidadora foi alertada acerca dos riscos; Apresenta história clínica de obesidade, com dor associada no MI (limita movimento articular do membro) - realizadas mobilizações passivas até ao limite de dor e massagem; Cuidadora apresenta barreira linguística (fala e compreende inglês)-apresenta potencial de conhecimento e capacidade para os ensinios realizados;</p>

		UP's com boa evolução cicatricial, no entanto, apresenta pele circundante ruborizada.
Sr. ^a L.	Realizada sessão de RFM: mobilizações e posicionamentos no leito; Reforçados ensinamentos a cuidadora acerca da administração de alimentação e gestão da dor; Realizados ensinamentos a cuidadora sobre cuidados a ter com drenagem vesical; Tratamento de UP na região sagrada.	Pessoa prostrada, não colaborante durante a visita domiciliária; Apresenta-se queixosa, realizadas mobilizações passivas até ao limite de dor e administrada terapêutica analgésica prescrita; Cuidadora com potencial para conhecimentos e capacidades acerca dos ensinamentos realizados.
Sr. J.	Prestados cuidados a ferida (UP) no calcâneo direito; Realizada sessão de RFM: mobilização passivas e ativo-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico, exercícios de facilitação cruzada; Realizados ensinamentos a cuidadora acerca de posicionamentos em padrão anti-espástico.	Consciente, orientado na pessoa, desorientado no tempo e no espaço, pouco colaborante; Ferida com boa evolução cicatricial; Tolerou exercícios de RFM realizados durante a sessão, apesar de pouca colaboração; Cuidadora apresenta potencial para aquisição de conhecimentos.
Sr. M.	Realizados ensinamentos de RFR, CDTR, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), técnica de expiração lenta, tosse dirigida, drenagem postural modificada.	Consciente, orientado na pessoa, mais comunicativo e colaborante na sessão; Apresenta tosse dirigida eficaz, mas apresenta dificuldade na deglutição/ eliminação de secreções, com necessidade de aspiração de secreções (esbranquiçadas e espessas, em moderada quantidade).
Sr. A.	Técnica de posicionamento, mobilizações passivas e ativas-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico, reforçados ensinamentos a cuidadora acerca da importância de realização de posicionamentos/ mobilizações entre sessões; Tratamento de feridas.	Sonolento, menos colaborante durante a sessão; Realizadas mobilizações passivas e ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito; Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinamentos a cuidadora; Tratamento de feridas no tornozelo esquerdo e hallux à dita, apresenta boa evolução cicatricial.
Sr. ^a A.F.	Realizada sessão de RFM: treino de marcha; Tratamento de UP no calcâneo direito.	Pessoa consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo; Realizado treino de marcha sem apoio, equilíbrio melhorado face a sessão anterior;

		Reforçados ensinios a cuidadores acerca do risco de queda; Reforçados ensinios a cuidadores sobre cuidados a ter com penso de UP; Realizado tratamento a UP Gram III.
Sr. E.	Tratamento de feridas; Realizada sessão de RFM: mobilização dos MI's na posição de sentado em cadeira de rodas, realizada transferência de pôr-se de pé, realizados exercícios de treino de equilíbrio na posição de sentado e em ortostatismo; Realizados ensinios a cuidadora acerca da técnica de posicionamento no leito e de transferência para cadeira de rodas.	Menos colaborante na sessão; Realizado tratamento úlceras venosas no MI, menos exsudativas e MI's com edema em regressão; Apresenta equilíbrio médio na posição de sentado estático e dinâmico e equilíbrio diminuído na posição de pé estático e dinâmico, com apoio bilateral na execução dos exercícios por elevado risco de queda; Cuidadora com potencial para aquisição de conhecimentos na prestação de cuidados, mas refere dificuldade na colaboração da pessoa durante a transferência para cadeira de rodas.
Sr.ª C.	Tratamento de UP na região sacro; Realizadas mobilização passiva dos MS's e MI's; Realizado alternância de decúbitos; Reforçados ensinios junto da cuidadora sobre alternância de decúbitos para alívio de pressão e técnica preventiva de aspiração.	Consciente, aparentemente orientada na pessoa; UP com boa evolução cicatricial, presença de exsudado purulento em menor quantidade, mantido tratamento; Cuidadora com potencial para aquisição de conhecimentos e capacidades.
Sr.ª A. M.	Prestados cuidados na troca de sacos de nefrostomias bilateral; Ensinios sobre: controlo de queixas algicas, cuidados com ostomia.	A Sr.ª A.M. apresenta conforto comprometido, permanecendo no leito com dor não controlada, não cumprindo terapêutica prescrita; Cuidador refere troca de sacos de nefrostomia no dia anterior e não possui mais sacos para troca, mantendo sinais inflamatórios no local de inserção das drenagens.
Sr.ª I.	Tratamento de feridas; Mobilizações e posicionamentos no leito.	Consciente, desorienta e não colaborante nos cuidados; Realizado tratamento a UP's na região sagrada e trocânter direito, mantém o estado cicatricial e mantido tratamento; Realizadas mobilizações passivas e posicionamentos no leito.
Sr. M.	Realizados ensinios de RFR: CDTR, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), técnica de expiração lenta; tosse assistida, drenagem postural modificada.	Consciente, orientado na pessoa, comunicativo, mas pouco colaborante na sessão; Cuidadora refere fúrfalheira durante o período noturno;

		Apresenta tosse assistida eficaz, mas apresenta dificuldade na deglutição/ eliminação de secreções, com necessidade de aspiração de secreções (esbranquiçadas e espessas, em abundante quantidade).
Sr. N.	Realizada RFM no leito; Treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico) Realizados ensinios à cuidadora.	Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-assistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte- apresenta melhoria na avaliação da força muscular; Recusou levantar; Realizada RFR: CDTR; Respiração abdômino diafragmática; Reforçados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito); Realizados ensinios sobre técnica de pôr-se de pé (junto da cuidadora).
Sr. J.	Realizados exercícios de RFR: CDTR, manobras acessórias (vibração e compressão); tosse dirigida. Realizados ensinios à cuidadora sobre mobilizações e posicionamentos no leito; Reforçados ensinios à cuidadora acerca da alimentação e higiene oral (vigiar disfagia).	Pessoa consciente, mais prostrado e sonolento em relação à visita domiciliar anterior. Não colaborante na sessão, com necessidade de aspiração de secreções, (aspiradas secreções espessas e esbranquiçadas em abundante quantidade) e explicado cuidadora importância da realização do procedimento; Sinais Vitais estáveis; Cuidadora apresenta potencial de conhecimento e capacidades acerca dos ensinios realizados.
Sr.ª C.	Tratamento de UP na região sacro; Realizadas mobilização passiva dos MS's e MI's; Realizado alternância de decúbitos; Reforçados ensinios junto da cuidadora sobre alternância de decúbitos para alívio de pressão e cuidados a ter para manter penso externamente limpo.	Consciente, aparentemente orientada na pessoa; UP com boa evolução cicatricial, presença de exsudado purulento em menor quantidade, mantido tratamento, Cuidadora com potencial para aquisição de conhecimentos e capacidades.
Sr.ª L.	Tratamento de ferida na região sagrada; Reforçados ensinios acerca da eliminação urinária (cuidados com sonda vesical) e posicionamentos de conforto;	Consciente, prostrada, reativa a estímulos dolorosos; Realizado tratamento a UP na região sagrada, com mais odor e mais exsudativa.

	Reforçados ensinios acerca da técnica preventiva de aspiração e dos cuidados com alimentação via oral.	Cuidadora apresentou melhoria do conhecimento acerca dos cuidados a ter em consideração com a sonda vesical.
Sr. C.	Realizados tratamentos a UP's; Realizados exercícios de RFM: mobilização e alternância de posicionamentos no leito.	Pessoa consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo; UP's e pele circundante com boa evolução cicatricial. Mantém dor associada no MI (limita movimento articular do membro) - realizadas mobilizações passivas até ao limite de dor e massagem.
Sr. M.	Realizados ensinios de RFR: CDTR, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), técnica de expiração lenta; tosse dirigida, drenagem postural modificada.	Consciente, orientado na pessoa, comunicativo e colaborante na sessão; Cuidadora refere melhoria do padrão respiratório durante o período noturno. Apresenta tosse assistida eficaz, deglute secreções, sem necessidade de aspiração de secreções; Posicionado em técnica preventiva de aspiração.
Sr. N.	Realizada RFM no leito e na posição de sentado; Treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico); Realizados ensinios à cuidadora, Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo.	Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-resistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte- apresenta melhoria na avaliação da força muscular; Realizado posicionamento de sentado no leito com pés no chão e treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico); Reforçados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito); Realizados ensinios sobre técnica de pôr-se de pé (junto da cuidadora); UP com boa evolução cicatricial, reforçados ensinios sobre cuidados no posicionamento do membro inferior.
Sr. H.	Tratamento de UP's nos trocânteros; Realizado treino de transferência para cadeira de rodas; Ensinios aos cuidadores sobre técnicas de posicionamento e transferência para cadeira de rodas.	Realizado tratamento a feridas; Possui cama articulada e cadeira de rodas, sendo que os cuidadores apresentam conhecimento e capacidade para realizar transferências seguras.

		Reforçados sobre importância de alternar posicionamentos para alívio de pressão.
Sr. E.	Tratamento de feridas; Realizada sessão de RFM mobilização ativa-assistida dos MI's na posição de sentado em cadeira de rodas; Realizados ensinios a cuidadora acerca da técnica de posicionamento no leito e de transferência para cadeira de rodas.	Colaborante na sessão; Realizado tratamento úlceras venosas no MI, menos exudativas e MI's com edema em regressão; Cuidadora com potencial para aquisição de conhecimentos na prestação de cuidados, mas refere dificuldade na colaboração da pessoa durante a transferência para cadeira de rodas.
Sr. A.	Técnica de posicionamento, mobilizações passivas e ativas-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico; Treino de equilíbrio; Reforçados ensinios à cuidadora acerca da importância de realização de posicionamentos/ mobilizações entre sessões.	Consciente, colaborante durante a sessão; Realizadas mobilizações passivas e ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito; Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinios à cuidadora; Realizado exercícios de transferência para a posição de sentado no leito com os pés apoiados no chão, apresenta equilíbrio diminuído na posição estática e dinâmica, com apoio bilateral.
Sr. M.	Realizados ensinios de RFR: CDTR, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), técnica de expiração lenta, tosse dirigida, drenagem postural modificada.	Removeu SNG na tarde de ontem; Apresenta melhoria do estado de consciência, mais desperto e colaborante na sessão; Realizado teste de deglutição, sem disfagia a consistência néctar e mel, com boa tolerância; Permanece sem SNG, a aguardar nova avaliação e a tolerar dieta via oral.
Sr. N.	Realizada RFM no leito; Treino de equilíbrio na posição de sentado e em posição de pé (estático e dinâmico); Realizados ensinios à cuidadora; Realizado tratamento a LUP no calcâneo esquerdo.	Realizados exercícios de RFM no leito: Mobilização ativa-resistida do MSE e MIE + mobilização ativa-resistida do MSD e MID+ facilitação cruzada + rolamentos+ ponte- apresenta melhoria na avaliação da força muscular; Realizado posicionamento de sentado no leito com pés no chão e treino de equilíbrio na posição de sentado (estático e dinâmico). Realizado treino de equilíbrio de pé (estático e dinâmico)- tolerância razoável na posição estática e dinâmica;

		Reforçados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito); Realizados ensinios sobre técnica de pôr-se de pé (junto da cuidadora); UP com boa evolução cicatricial, reforçados ensinios sobre cuidados no posicionamento do membro inferior.
Sr. A.	Técnica de posicionamento, mobilizações passivas e ativo-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico; Treino de equilíbrio na posição de sentado; Reforçados ensinios à cuidadora acerca da importância de realização de posicionamentos/ mobilizações entre sessões.	Consciente, colaborante durante a sessão; Realizadas mobilizações passivas e ativo-assistidas dos MS's e MI's no leito; Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinios à cuidadora; Realizado exercícios de transferência para a posição de sentado no leito com os pés apoiados no chão, apresenta equilíbrio diminuído na posição estática e dinâmica, com apoio bilateral.
Sr. G.	Refere mal-estar geral associado a administração de quimioterapia via oral, recusando sessão de RFR e RFM;	Não foi realizada intervenção;
Sr.ª E. 1ª Visita Domiciliária	História atual de cirurgia eletivo do joelho esquerdo por osteoartrose tricompartmental, com alta clínica do serviço de internamento no dia 23/05; Hemodinamicamente estável. Refere dor (EN=8) no joelho esquerdo, sugerido terapêutica analgésica à hora de almoço (Paracetamol 1G); Realiza CIPAP noturno, reforçados ensinios e realizados exercícios de RFR (CDTR e tolerância ao esforço) Penso no joelho esquerdo externamente limpo e seco (refere remoção de material de sutura dia 11/6 e remoção do penso dia 20/6); Realizados exercícios de RFM (flexão/ extensão, adução/ abdução até à linha média e conforme tolerância à dor; treino de equilíbrio com marcha estática e apoio unipodal; exercícios isométricos no leito e treino de transferência da posição de deitado para sentado e treino de ortostatismo);	Avaliação motora: Diminuição da força muscular e amplitude articular do joelho esquerdo (FM= 4/5), sem rigidez articular; Apresenta conhecimentos e capacidade acerca de transferências e marcha com apoio de canadianas bilateral, com carga parcial; Apresenta motivação e interesse no programa de reabilitação.

	<p>Reforçados ensinios acerca da prevenção de queda e fatores de risco associados, bem como reforçados ensinios acerca da realização de exercícios entre cada sessão;</p> <p>Fornecidos contactos da equipa de ECCL, realizado acolhimento;</p> <p>Objetivos/ Plano de Intervenção: Exercícios de RFM com ênfase no MIE; Treino de marcha com canadianas; Treino de equilíbrio; Gestão do regime terapêutico; Treino do AVD's; Prevenção de quedas.</p>	
Sr. J.	<p>Realizados exercícios de RFR: CDTR, manobras acessórias (vibração e compressão), tosse assistida;</p> <p>Reforçados ensinios à cuidadora acerca da alimentação e higiene oral (vigiar disfagia).</p>	<p>Mais prostrado e não colaborante na sessão;</p> <p>Apresenta farfalheira, com necessidade de aspiração de secreções espessas e esbranquiçadas em abundante quantidade com presença de conteúdo alimentar;</p> <p>Reforçados ensinios à cuidadora acerca de administração de alimentação via oral e técnica preventiva de aspiração, sendo que demonstra conhecimento e capacidade;</p> <p>Cuidadora alertada para a probabilidade de aspiração de conteúdo alimentar por via oral e, provavelmente da necessidade de entubação (SNG vs PEG).</p>
Sr. M	<p>RFR: CDTR, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); Técnica de expiração lenta; Tosse dirigida;</p> <p>Transferência para cadeira de rodas;</p> <p>Reforçados ensinios acerca de alimentação por via oral, técnica preventiva de aspiração; transferência.</p>	<p>Mais colaborante.</p> <p>Mantém-se a tolerar dieta via oral</p> <p>Sem SDR e sem secreções audíveis</p> <p>Fica sentado em cadeira de rodas, com equilíbrio.</p>
Sr.ª C.	<p>Realizados pontos e feridas cirúrgicas no abdómen;</p> <p>Realizada sessão de RFR: CDTR, Respiração abdomino-diafragmática;</p> <p>Realizado treino de equilíbrio dinâmico em pé: marcha estática, apoio unipodal; marcha no corredor em linha reta.</p>	<p>Colaborante na sessão realizada;</p> <p>Não apresenta sinais de cansaço a pequenos e médios esforços, tolerando exercícios;</p> <p>Apresenta equilíbrio melhorado e melhor tolerância aos exercícios realizados (melhoria de náuseas).</p>
Sr.ª A. L.	<p>Mobilizações passivas no leito, em padrão anti-espástico em todos os segmentos do hemitopo esquerdo.</p>	<p>Pouco colaborante por dor aquando das mobilizações.</p>

Sr. ^a E.	Preparação para a alta- Treino de marcha e de escadas no domicílio; Validação de conhecimentos sobre: prevenção de quedas; manutenção do plano de exercícios; uso de dispositivos auxiliares de marcha (andarilho/ bengala).	Colaborante e motivada para a realização de exercícios; Alta em breve.
Sr. M.	RFR: CDTR; manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); Técnica de expiração lenta; Tosse assistida e dirigida; Reforçados ensinios acerca de: alimentação por via oral e técnica preventiva de aspiração.	Mais colaborante; Mantém-se a tolerar dieta via oral; Sem SDR, no entanto apresenta dificuldades na deglutição/ eliminação de secreções, com necessidade de aspiração (secreções esbranquiçadas em moderada quantidade)
Sr. J.	Realizados exercícios de RFR: CDTR, manobras acessórias (vibração e compressão); tosse assistida. Reforçados ensinios à cuidadora acerca da alimentação e higiene oral (vigiar disfagia).	Mantém-se prostrado e pouco colaborante nas intervenções realizadas; Por dificuldade na mobilização e eliminação de secreções, apresentou necessidade de aspiração de secreções (amareladas, espessas e em abundante quantidade); Aguarda avaliação de equipa multidisciplinar para provável entubação gástrica.
Sr. ^a A.F.	Tratamento de UP no calcâneo direito.	Pessoa consciente, orientada na pessoa e no espaço, desorientada no tempo; Realizado tratamento a UP Grau III (alteração de tratamento por excesso de humidade no leito da ferida); Reforçados ensinios a cuidador acerca dos cuidados a ter com a ferida durante o banho; Recusou sessão de RFM.
Sr. ^a E.	Mobilização ativa dos MS e MI- limite da articulação e da dor; Treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico); Treino de marcha com andarilho.	Colaborante, refere ligeira melhoria das queixas algicas no MID, mantendo a dor no MSD; Realizada massagem no ombro direito, com pouco alívio da dor; Reforçada importância dos exercícios de mobilização e treino de marcha no intervalo das visitas domiciliárias; Tolerou treino de marcha com andarilho do quarto para a sala.
Sr. ^a C.	Realizados tratamentos a feridas cirúrgicas no abdômen;	Colaborante na sessão realizada;

	Realizado treino de equilíbrio dinâmico sentado e em pé, transferência unilateral do peso, apoio unipodal, exercícios ativos-resistidos dos MS's e/ halter de 1kg, flexão e extensão da coxofemoral, agachamentos- 2 séries de 10 repetições; Realizado treino de marcha estática e marcha no corredor com equilíbrio médio	Não apresenta sinais de cansaço a pequenos e médios esforços, tolerando exercícios; Apresentou tolerância no treino de marcha sem declives.
Sr. M.	RFR: CDTR; manobras acessórias (percussão, vibração e compressão). Técnica de expiração lenta; Tosse assistida e dirigida; Reforçados ensinios acerca de: alimentação por via oral e técnica preventiva de aspiração.	Mais colaborante e alerta, Mantém-se a tolerar dieta via oral, Sem SDR, no entanto apresenta dificuldades na deglutição/ eliminação de secreções, com necessidade de aspiração (secreções esbranquiçadas, semi-espessas e em moderada quantidade); Realizada alternância de posicionamentos, sendo posicionado em posição preventiva de aspiração.
Sr.º E.	Atingiu objetivos propostos inicialmente no programa de reabilitação, incentivada a incluir plano de reabilitação diariamente mantém potencial.	Alta da UCC.
Sr. N.	Realizada RFM no leito (flexão/ extensão e adução/ abdução da coxofemoral, flexão/ extensão do joelho até ao limite de dor); Treino de equilíbrio; Reforçados ensinios à cuidadora sobre importância de mobilização no leito; Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo.	Pouco colaborante na sessão de RFM; Apresenta melhoria da força muscular e amplitude articular nos exercícios realizados; Realizado treino de equilíbrio na posição de sentado (estático- equilíbrio médio e dinâmico- equilíbrio diminuído) Reforçados ensinios à cuidadora acerca de posicionamentos, mobilizações no leito (incluindo posição de sentado no leito) entre sessões; UP com boa evolução cicatricial.
Sr. A.	Técnica de posicionamento, mobilizações passivas e ativas-assistidas dos MS's e MI's em padrão anti-espástico; Reforçados ensinios à cuidadora acerca da importância de realização de posicionamentos/ mobilizações entre sessões.	Consciente, sonolento e pouco colaborante durante a sessão; Realizadas mobilizações passivas e ativas-assistidas dos MS's e MI's no leito; Realizadas técnicas de posicionamento no leito e realizados ensinios à cuidadora que demonstra potencial para a aquisição de conhecimentos e capacidades.

Sr.ª E.	Realizado sessão de RFM: mobilizações ativo-resistidas dos MI's (flexão/ extensão da coxofemoral, adução/ abdução, flexão/ extensão do joelho até ao limite de dor); treino de marcha com 2 canadianas, com tolerância; RFR: reforçada importância do CDTR durante a realização de exercícios; Retirado penso cirúrgico do joelho esquerdo, fica com sutura exposta com <i>steri-strips</i> sem sinais inflamatórios.	Colaborante na sessão; Apresenta melhoria da força muscular e amplitude articular. Refere melhoria das queixas algicas (Escala Numérica da Dor=5), reforçados ensinios acerca da gestão de terapêutica analgésica; Realizou plano de reabilitação planeado, mobilizando as articulações até ao limite de dor/ limite da articulação com tolerância.
Sr. C.	Attingiu objetivos propostos inicialmente no programa de reabilitação, incentivada a incluir plano de reabilitação diariamente, mantém potencial.	Alta da UCC.
Sr. M	Sessão de RFR: CDTR, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); Técnica de expiração lenta; Tosse dirigida; Transferência para cadeira de rodas; Reforçados ensinios acerca de: alimentação por via oral, técnica preventiva de aspiração; transferência; Realizado teste de deglutição com diferentes consistências.	Mais colaborante; Limeza das vias aéreas eficaz; Mantém-se a tolerar dieta via oral, sem SNG; Tolerou dieta com consistência líquida, néctar, mel e pudim; Sem SDR e sem secreções audíveis; Fica sentado em cadeira de rodas, com equilíbrio.
Sr.ª C.	Realizados tratamentos a feridas cirúrgicas no abdómen; Realizada sessão de RFR: CDTR, Respiração abdomino-diafragmática; Realizado treino marcha e subir e descer escadas.	Colaborante na sessão realizada; Não apresenta sinais de cansaço a pequenos e médios esforços, tolerando exercícios; Apresentou tolerância no treino de marcha sem declives e subida e descida de escadas (3 lanchos de escadas- 21 degraus).
Sr.ª A. L.	Mobilizações passivas e ativas assistidas no leito, em padrão anti-espástico em todos os segmentos do hemitórax esquerdo; Transferência para cadeira de rodas.	Mais colaborante; Realizadas mobilizações, com melhoria da dor; Boa tolerância na posição de sentada na cadeira de rodas; Apresenta dificuldade em realizar carga nos MI's.
Sr. M.	Realizada RFR: CDTR e técnica de expiração lenta, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), drenagem postural modificada; tosse assistida e dirigida.	Calmo, desperto, comunicativo e mais colaborante; Sem sinais de dificuldade respiratória;

		<p>Tosse presente e mais eficaz, tendo sido realizada tosse assistida e tosse dirigida, pelo que conseguiu mobilizar e deglutir as secreções. Sem necessidade de aspiração de secreções;</p> <p>Mantém-se sem necessidade de SNO mantendo via oral segura.</p> <p>Reforçados ensinios junto da esposa acerca das medidas preventivas de aspiração.</p>
Sr.ª E.	<p>Mobilização ativa assistida e ativa resistida dos MS e MI (flexão/ extensão do ombro e cotovelo, adução/abdução do ombro, elevação/ depressão do ombro, rotação interna/ externa) - até limite da articulação e da dor;</p> <p>Treino de equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico);</p> <p>Treino de marcha com andarilho.</p>	<p>Colaborante, mantém melhoria das queixas algicas no MID e MSD, após início de administração de terapêutica anti-inflamatória;</p> <p>Realizada massagem com creme anti-inflamatório no ombro direito, com pouco alívio da dor;</p> <p>Apresenta bom equilíbrio estático em pé e razoável equilíbrio no dinâmico;</p> <p>Tolerou treino de marcha com andarilho do quarto para a sala;</p> <p>Reforçada importância dos exercícios de mobilização e treino de marcha no intervalo das visitas domiciliárias.</p>
Sr. A.	<p>Realizada RFM, com mobilizações passivas do hemicorpo esquerdo e mobilizações ativa-assistidas do hemicorpo direito, realizado treino de automobilização do MSE (flexão/ extensão dos dedos da mão e punho, flexão/ extensão do cotovelo, flexão/ extensão do ombro, adução/ abdução do ombro), mobilização passiva MIE, treino de rolamentos, exercício de facilitação cruzada;</p> <p>Realizada tentativa de transferência para a posição de sentado no leito com os pés apoiados no chão.</p>	<p>Calmo, consciente, sonolento e pouco colaborante durante sessão de Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>Durante os exercícios de RFM, mostrou-se pouco colaborante, com necessidade de apoio- mobilização passiva do MIE;</p> <p>treino de rolamentos sem colaboração, incentivado na colaboração para alternância dos decúbitos;</p> <p>Exercícios de facilitação cruzada com tolerância;</p> <p>Não tolerou transferência para a posição de sentado, por referir queixas de tonturas (TA: 84/49 mmHg), fica em repouso no leito com elevação dos MI's.</p>
Sr. N.	<p>Realizada RFM: mobilização ativa do MS's e ativo-assistida dos MI's, até ao limite de dor e amplitude da articulação;</p> <p>Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado; oscilação bilateral e antero-posterior do tronco; exercícios de coordenação motora dos MS's e MI's.</p>	<p>Consciente, orientado nas três vertentes, desperto, mas pouco colaborante na sessão;</p> <p>Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado (estático razoável e dinâmico não apresenta equilíbrio);</p> <p>Por referir agravamento de queixas algicas no joelho esquerdo, não foram realizados mais exercícios de RFM.</p>

Sr. C.	Realizada sessão de RFM: mobilização ativa assistida e ativa-resistida de MS's e MI's no leito e na posição de sentado; Treino de equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo; Treino de marcha com andarilho.	Consciente, orientado em todas as vertentes, colaborante durante a sessão de ER; Apresenta bom equilíbrio na posição de pé (estático e dinâmico); Tolerou treino de marcha com andarilho, reforçados ensinios sobre prevenção de ocorrência de quedas; Realizados ensinios acerca da importância de adesão no regime terapêutico.
Sr. M.	Realizada RF respiratória: CDTR e técnica de expiração forçada com lábios semi-cerrados, manobras acessórias (percussão, compressão e vibração), drenagem postural modificada; tosse assistida e dirigida.	Calmo, desperto, comunicativo e mais colaborante com a intervenção de enfermagem de reabilitação; Sem sinais de dificuldade respiratória e sem secreções audíveis; Tosse presente e mais eficaz, tendo sido realizada tosse assistida e tosse dirigida, pelo que conseguiu mobilizar e deglutir as secreções. Sem necessidade de aspiração de secreções; Mantém-se sem necessidade de SNG mantendo via oral segura, tendo mantido apetite e colaborando na sua alimentação (leva alimentos à boca); reforçados ensinios junto da esposa acerca das medidas preventivas de aspiração.
Sr. N.	Realizada RFM: mobilização ativa do MS's e ativo-assistida dos MI's, apresenta melhoria de queixas álgicas no joelho esquerdo; Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado; oscilação bilateral e antero-posterior do tronco; exercícios de coordenação motora dos MS's e MI's; Treino de ortostatismo com apoio de andarilho; Realizado tratamento a UP no calcâneo esquerdo.	Consciente, orientado nas três vertentes, desperto, mas pouco colaborante na sessão; Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado (estático razoável e dinâmico não apresenta equilíbrio); Não tolerou treino de ortostatismo (não apresenta equilíbrio e apresenta diminuição da força muscular bilateral dos MI's); Apresenta UP com boa evolução cicatricial.
Sr. A.	Realizada RFM, com ênfase no hemicorpo esquerdo, mobilização passiva do hemicorpo esquerdo; mobilização ativa-assistida do hemicorpo direito, realizado treino de automobilização do MSE, mobilização passiva MIE; treino de rolamentos; facilitação cruzada; transferência do leito para a posição de sentado.	Calmo, consciente, mais prostrado do que na sessão anterior, mesmo assim com flutuação da colaboração durante intervenção de Enfermagem de Reabilitação; Durante ingestão de água apresentou reflexo de tosse diminuído, fornecida seringa de alimentação e realizado ensino à esposa acerca da

		<p>importância do posicionamento preventivo de aspiração e ingestão fracionada;</p> <p>Durante os exercícios de RFM, mostrou-se pouco colaborante, com necessidade de apoio- mobilização passiva do MIE;</p> <p>Treino de rolamentos sem colaboração, incentivado na colaboração para alternância dos decúbitos;</p> <p>facilitação cruzada com maior negligência do lado esquerdo em comparação com sessões anteriores;</p> <p>Transferência do leito para a posição de sentado sem tolerância, feito transferência gradual (1ª posição de sentado na cama durante alguns minutos) contudo apresentou hipotensão ortostática (TA: 80/42 mmHg) tendo regressado ao leito- não apresenta equilíbrio estático sentado.</p>
Sr. G.	<p>Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé com apoio na base da cama (flexão/ extensão da coxofemoral e do joelho; agachamentos; sentar e levantar da cadeira de rodas).</p>	<p>Consciente, orientado nas três vertentes, colaborante na sessão, referindo menor cansaço no dia de hoje;</p> <p>Apresenta equilíbrio bom na posição de pé estático e equilíbrio médio na posição dinâmica;</p> <p>Por aumento de cansaço, recusou realizar mais exercícios do plano de reabilitação;</p> <p>Reforçados ensinios em relação à prevenção de quedas e gestão do esforço/ cansaço durante a realização de exercícios.</p>
Sr.ª C.	<p>Realizado tratamento de 3 feridas cirúrgicas (dreno e jejunostomia), limpeza c/ SF + compressas + adesivo. Apresenta repasse de conteúdo purulento no local de inserção do dreno do flanco esquerdo. Trocado saco de drenagem do dreno, com presença de conteúdo purulento. Fica com pensos externamente limpos e secos.</p>	<p>Não foi realizada sessão de RFR e RFM por apresentar quadro de náuseas/ vômitos associados a preparação de colonoscopia que irá realizar durante a tarde de hoje.</p>
Sr. M.	<p>Realizada RFR: manobras acessórias (percussão, compressão e vibração); drenagem postural modificada; tosse assistida.</p>	<p>Consciente, mais prostrada em relação à sessão anterior, contudo despertável. Menos colaborante na sessão de Enfermagem de Reabilitação.</p>

		<p>Sem sinais de dificuldade respiratória, com presença de secreções audíveis;</p> <p>Apresenta acessos de tosse produtiva esporádica, contudo com necessidade de aspiração de secreções (possivelmente pela alteração do estado de consciência). Aspiradas secreções da cavidade orofaríngea esbranquiçadas, semi-espessas e em moderada quantidade;</p> <p>Reforçados ensinios a cuidadora acerca da importância da hidratação e prevenção do risco de aspiração pela sonolência.</p>
Sr.ª E.	<p>Realizada reabilitação funcional motora no com ênfase no MIE: flexão/ extensão do joelho e coxofemoral, adução/ abdução da coxofemoral; contrações isométricas, ponte e alongamentos;</p> <p>Treino de equilíbrio com as mãos apoiadas: alternância de apoio; apoio unipodal; oscilação do tronco bilateral; marcha estática; flexão dos joelhos e abdução da coxa femoral bilateralmente em ortostatismo.</p>	<p>Consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa;</p> <p>Motivada para a intervenção de Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>Refere cansaço pelo que otimizadas estratégias de gestão de esforço (controlo e dissociação TR+ alternância entre períodos de repouso e atividade), pelo mesmo motivo, ficou em repouso no leito após sessão de hoje;</p> <p>Incentivada a realizar períodos de descanso com elevação do MIE para prevenção de edema dos MI's;</p> <p>Reforçados ensinios acerca de estratégias de prevenção de queda.</p>
Sr. N.	<p>Realizada RFM: mobilizações passivas e ativas-assistidas e ativas do MSE (flexão e extensão dos dedos, punho, cotovelo e ombro; adução/ abdução dos dedos e ombro; facilitação cruzada dos MS's e automobilização do MSE), com tolerância. Realizado treino de alternância de decúbitos com facilitação cruzada;</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistida e ativas do MIE na posição de sentado no leito (flexão/ extensão do joelho);</p> <p>Realizado treino de transferência para a posição de sentado;</p> <p>Realizado treino de equilíbrio na posição de sentado com oscilação bilateral e antero-posterior;</p> <p>Realizado treino de ortostatismo.</p>	<p>Consciente, orientado nas três vertentes, pouco colaborante na intervenção de Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>Apresenta equilíbrio sentado estático pouco estável; não apresenta equilíbrio dinâmico;</p> <p>Treino de equilíbrio na posição de sentado com oscilação bilateral e antero-posterior, com pouca tolerância;</p> <p>Não apresenta equilíbrio na posição de pé (estático e dinâmico) e apresenta diminuição da força muscular dos MI's bilateral;</p> <p>Realizados ensinios acerca da importância da realização de exercícios entre sessão e promoção de autonomia.</p>

Sr. A.	Realizada reabilitação funcional motora, com ênfase no hemicorpo esquerdo, mobilização passiva e ativa-assistida do hemicorpo; Realizado treino de automobilização do MSE; Realizada mobilização passiva e ativa assistida do MIE em todos os seus segmentos; Realizado exercícios de rolamentos; Realizados exercícios de facilitação cruzada.	Calmo, consciente, mais desperto do que na sessão anterior, mesmo assim com flutuação da colaboração durante intervenção de Enfermagem de Reabilitação; Treino de automobilização do MSE com necessidade de apoio durante toda a mobilização; Exercício de rolamentos com colaboração, incentivado na colaboração para alternância dos decúbitos; exercícios de facilitação cruzada com boa tolerância; Não foi realizado treino de transferência, por hipotensão em decúbito (TA: 99/49 mmHg; FC: 60 bpm).
Sr. E.	Treino de marcha com andorilho; Reforçado ensinios acerca da administração de terapêutica anti-inflamatória e gestão do cansaço na execução de AVD's.	Refere episódio de mau-estar geral durante o dia ontem, com cefaleias, tonturas, vômitos e hipertensão, com assistência no SUG; Refere melhoria do quadro, mas mantém tonturas e ligeira cefaleia; Não foi realizada sessão de RFM pelo acima descrito. Mantém dor não controla do ombro e joelho direito (não tomou anti-inflamatório ontem e hoje). Apresenta TA: 155/75 mmHg).
Sr. A. L.	Realizada RFM: mobilizações ativas assistidas do MSE e mobilizações ativas-resistidas do MIE (padrão antispástico), facilitação cruzada, exercícios com bola; Técnica de posicionamento para prevenção de aspiração.	Consciente, orientada na pessoa, desorientada no tempo e espaço, pouco colaborante nos cuidados; Referiu queixas algicas no MSE, realizada intervenção até ao limite da dor. Sessão terminada por recusa na realização de exercícios.
Sr. C. A.	Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé; Realizado treino de marcha com andorilho; Ensinios acerca do treino de marcha e prevenção de quedas.	Programa alta, pelo que foi realizada visita domiciliária; Consciente, orientado nas 3 vertentes; Apresenta equilíbrio bom na posição ortostática; Treino de marcha com andorilho em segurança; Reforçados ensinios acerca do treino de marcha e prevenção de quedas, demonstra-se recetivo; Alta da UCC.
Sr. C.	Realizado acolhimento ao serviço; Realizada avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação;	Consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. Discurso lentificado, cumpre ordens complexas (nomeia, repete, memoriza);

<p>1ª Visita Domiciliária</p>	<p>Reside em domicílio com esposo, principal cuidador com apoio das filhas. Habitação com boas condições de habitabilidade possuindo cama articulada, cadeira de rodas, cadeira higiênica e elevador de transferência;</p> <p>Objetivos programa reabilitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino AVD's; - Otimização de posicionamentos e transferências; - Capacitação do cuidador; - Gestão do regime terapêutico; - Controlo da dor. 	<p>Apresenta alteração do padrão respiratório aquando atividade, não apresenta controlo e dissociação dos TR, com presença de cianose labial e pieira ao esforço;</p> <p>Sem alterações sensitivo-motoras da face. Sem deglutição comprometida;</p> <p>Avaliação motora: Apresenta hemiparesia direita com rigidez articular no tornozelo e pé direito, restantes articulações com diminuição de amplitudes;</p> <p>Força muscular diminuída globalmente (MSD:2; MSE:3; MID: 3; MIE: 3+ segundo escala MRC modificada);</p> <p>Tónus muscular aumentado a nível dos MI's segundo escala de Ashworth modificada apresentado grau 3 em toda a extensão do MID, exceto no tornozelo e pé que apresenta grau 4, no MIE apresenta rigidez articular acentuada sem causa conhecida e com espasticidade associada;</p> <p>Apresenta dor à mobilização dos MIS sob terapêutica analgésica em esquema e SOS;</p> <p>Apresenta pele íntegra;</p> <p>Dependente total para todas AVD's. Tem apoio SAD para cuidados de higiene (5x por semana, sendo realizada higiene no duche 2x por semana);</p> <p>Não tolera transferência para cadeira de rodas, mesmo com utilização de elevador.</p>
<p>SE M.</p>	<p>Realizada RFR: controlo e dissociação dos TR e técnica de expiração forçada com lábios semi-cerrados com sucesso, tendo sido mobilizadas as secreções (audíveis). Realizadas manobras acessórias: percussão, compressão e vibração, drenagem postural modificada, tosse dirigida e assistida;</p> <p>Treino de transferência da posição de deitado para sentado;</p> <p>Treino equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado;</p> <p>Treino de ortostatismo.</p>	<p>Calmo, desperto, comunicativo e colaborante com a intervenção de enfermagem de reabilitação;</p> <p>Sem sinais de dificuldade respiratória e mantém-se sem secreções audíveis;</p> <p>Tosse produtiva pouco eficaz, contudo, após transferência para posição de sentado apresentou tosse mais eficaz, pelo que conseguiu deglutir as secreções;</p> <p>Sem necessidade de aspiração de secreções;</p>

		<p>Mantém – se sem deglutição comprometida tendo ingerido água pela sua própria mão;</p> <p>Treino de transferência da posição de deitado para sentado com equilíbrio estático razoável;</p> <p>Treino equilíbrio estático e dinâmico razoável na posição de sentado com boa resposta;</p> <p>Treino de ortostatismo com pouca tolerância, contudo ligeira melhoria em comparação com sessão anterior</p>
Sr. N.	<p>Realizada RFM: mobilizações ativas do MSE (flexão/ extensão e abdução/adução, facilitação cruzada dos MS's e automobilizarão do MSE com boa tolerância. Treino de abertura costal global com bastão, mantém dificuldade na coordenação da respiração pelo que realizada RFR com CDTR.</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistida do MIE na posição no leito com dor no joelho esquerdo (durante flexão), dado enfoque à mobilização desta articulação, com melhor tolerância da flexão do joelho em decúbito lateral direito;</p> <p>Realizada massagem terapêutica do joelho para alívio da dor;</p> <p>Treino de alternância de decúbitos e rolamento no leito;</p> <p>Treino de transferência para a posição sentado;</p> <p>Treino de ortostatismo.</p>	<p>Consciente, orientado nas três vertentes, pouco colaborante na intervenção de Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>Treino de abertura costal global com bastão com boa resposta, mas menos colaborante do que em sessão anterior, tendo realizado também mobilização com bastão contra- resistência, mantém dificuldade na coordenação da respiração pelo que realizada RFR com CDTR;</p> <p>Apresenta dor no joelho esquerdo aquando das mobilizações ativas assistida do MIE na posição no leito (durante flexão), dado enfoque à mobilização desta articulação, com melhor tolerância da flexão do joelho em decúbito lateral direito;</p> <p>Treino de alternância de decúbitos e rolamento com pouca colaboração, contudo após estimulação consegue alternar entre decúbitos;</p> <p>Realizou treino de transferência para a posição sentado, tendo realizado exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, com pouca resposta por perda de foco de atenção;</p> <p>Treino de ortostatismo sem sucesso, dificuldade extrema por diminuição na carga dos MIS e equilíbrio comprometido.</p>
Sr.ª C.	<p>Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo;</p> <p>Realizados exercícios: alternância de peso entre apoios (báscula da anca), apoio unipodal alternado, marcha estática sem apoio dos MS's, flexão e extensão da coxofemoral e</p>	<p>Consciente orientada nas três vertentes, bem-disposta e motivada para a intervenção de ER;</p> <p>Refere melhoria da náusea sem vômitos;</p> <p>Treino de equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo com melhoria da tolerância aos exercícios propostos;</p>

	joelho bilateral alternado, marcha no corredor com obstáculos e marcha com comprimento do passo diminuído.	Melhora a tolerância ao esforço e sem de pausas para gestão do esforço.
Sr.ª E.	Mobilização ativa dos MS (flexão/extensão joelho e adução e abdução coxofemoral), treino de marcha com andarilho com segurança tendo sido reforçados ensinios acerca da prevenção do risco de queda; Treino de mobilização ativa dos MS's (abdução e adução e flexão e extensão do ombro bilateral) sem tolerar os exercícios a nível do MSD, dor acentuada; Realizada tentativa de alongamento deste membro sem sucesso, realizada massagem terapêutica para alívio da dor com discreta melhoria.	Calma consciente e orientada nas 3 vertentes, melhorada da sintomatologia referida na última sessão (cefaleia, náusea, tontura e HTA) associado à suspensão de administração de anti-inflamatório. Mantém dores generalizadas, essencialmente articulares, Apresentou pouca tolerância aos exercícios realizados com o MSD.
Sr. N.	Realizada sessão de RFM: flexão/ extensão dos MS's bilateral; exercícios de auto-mobilização e/ facilitação cruzada; exercícios ativos e ativo-resistidos com bastão (abertura costal global); exercícios de coordenação motora; A nível dos MI's realizados exercícios de flexão/ extensão da coxofemoral e joelhos bilateral; adução/ abdução da coxofemoral bilateral, rotação interna da coxofemoral à direita, para correção de posição viciosa. Realizados exercícios de alternância de decúbitos no leito, ponte e rolamentos; Realizado treino de AVD's (pentear, vestir e despir camisola e calças); Realizado treino de transferência para a posição de sentado no leito, em que foi realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico, oscilação antero-posterior e lateral do tronco e flexão/ extensão do joelho; Realizado treino de ortostatismo, sem sucesso por não colaboração do utente.	Utente consciente, orientado nas três vertentes, calmo, não colaborante durante a sessão de enfermagem de reabilitação; Tolerou exercícios de RFM e treino de AVD's, com melhoria das queixas algicas no joelho esquerdo, face a sessões anteriores; Treino de equilíbrio na posição de sentado com boa tolerância na posição estática e equilíbrio dinâmico diminuído; Não colaborou no treino de ortostatismo; Esposa refere exaustão, referindo vontade de usufruir de período de descanso do cuidador.

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

	Reforçados ensinios à cuidadora e ao utente acerca da importância da realização dos exercícios entre sessões.	
St.º C.	Tratamento a UP região sacro, Realizadas mobilização passiva dos MS's e MI's, Realizado alternância de decúbitos e reforçados ensinios junto da cuidadora.	UP com boa evolução cicatricial, mantido tratamento. Cuidadora com potencial para aquisição de conhecimentos e capacidades.

Legenda:

AVD- Atividade de Vida Diária

CATR- Ciclo Ativos de Técnicas Respiratórias

CDTR- Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER- Enfermagem de Reabilitação

FC- Frequência Cardíaca

MI- Membro Inferior

MID- Membro Inferior Direito

MIE- Membro Inferior Esquerdo

MS- Membro Superior

MSD- Membro Superior Direito

MSE- Membro Superior Esquerdo

PEG- Gastrostomia Endoscópica Percutânea

RFM- Reabilitação Funcional Motora

RFR- Reabilitação Funcional Respiratória

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SDR- Síndrome de Dificuldade Respiratória

SNG- Sonda Nasogástrica

SUG- Serviço de Urgência Geral

TA- Tensão Arterial

TR- Tempo Respiratório

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UP- Úlcera por Pressão

APÊNDICE XII

Relato de Caso Clínico do 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

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Período pós-cirúrgico na pessoa
com fratura do fémur**

Elaborado por

Márcia Ribeiro (N.º Estudante: ██████████)

Docente Orientadora

Sandy Severino

Enfermeira Supervisora

██████████

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

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur

Elaborado por

Márcia Ribeiro (N.º Estudante: [REDACTED])

Docente Orientadora

Sandy Severino

Enfermeira Supervisora

[REDACTED]

Barcarena,

junho 2025

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste Relato de Caso Clínico.

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD's- Atividades de Vida Diária

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA- Escola Superior de Saúde Atlântica

HTA- Hipertensão Arterial

MI- Membro Inferior

MRC- *Medical Research Council Muscle Scale*

RCC- Relato de Caso Clínico

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional aumenta a incidência de quedas na população idosa, das quais podem resultar fraturas do fêmur, exigindo assim a intervenção de Enfermagem de forma a promover a reabilitação, autonomia, independência e uma transição segura para o domicílio com a parceria do prestador de cuidados.

Objetivo: Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fêmur, em contexto domiciliário.

Metodologia: Estudo fundamentado numa pesquisa da literatura científica, com base nos descritores relacionados com o tema em estudo (Enfermagem, Reabilitação, fraturas do fêmur, autocuidado, envelhecimento em casa).

Resultados: Foram identificados ganhos para a pessoa, nomeadamente, na força muscular, amplitude articular e equilíbrio. Apesar da evolução do conhecimento e capacidades da pessoa e do prestador de cuidados, existem resultados a obter para a promoção do autocuidado.

Discussão: As intervenções promoveram ganhos para a pessoa e para o prestador de cuidados, contudo existem fatores que podem influenciar os resultados da intervenção, como por exemplo, o declínio cognitivo da pessoa.

Conclusão: Com base em conhecimentos científicos, o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é essencial para obter ganhos na funcionalidade e independência da pessoa e na capacitação do cuidador.

Descritores: Enfermagem, Reabilitação, fraturas do fêmur, autocuidado, envelhecimento em casa.

ABSTRACT

Introduction: Population aging increases the incidence of falls among the elderly, which can result in femur fractures, thus requiring nursing intervention in order to promote rehabilitation, autonomy, independence and a safe transition to home with the partnership of the care provider.

Objective: To describe the interventions of the Rehabilitation Nurse in the post-surgical period for people with femoral fractures, in a home setting.

Methodology: This study was based on a search of the scientific literature, using descriptors related to the subject under study (Nursing, Rehabilitation, femoral fractures, self-care, aging in place).

Results: Gains for the person were identified, namely in muscle strength, joint range and balance. Despite the evolution of the knowledge and skills of the person and the caregiver, there are results to be achieved in promoting self-care.

Discussion: The interventions promoted gains for the person and the caregiver, but there are factors that can influence the results of the intervention, such as the person's cognitive decline.

Conclusion: Based on scientific knowledge, the Rehabilitation Nurse contribution is essential to achieving gains in the person's functionality and independence and in the caregiver's empowerment.

Descriptors: Nursing, Rehabilitation, femoral fractures, self-care, aging in place.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. MATERIAIS E MÉTODOS	14
1.1. Apresentação do Caso Clínico	15
2. RESULTADOS	22
3. DISCUSSÃO	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICES	36
APÊNDICE I CONSENTIMENTO INFORMADO	37
APÊNDICE II PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA	39
APÊNDICE III AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO SR. N.	41
APÊNDICE IV ESCALA QUALITATIVA DA DOR - SR. N.	44
APÊNDICE V AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR- ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA - SR. N.	45
APÊNDICE VI AVALIAÇÃO GONIOMETRIA - SR. N.	46
APÊNDICE VII AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO - ESCALA DE BERG - SR. N.	47
APÊNDICE VIII ÍNDICE DE BARTHEL - SR. N.	52
ANEXOS	54
ANEXO I CARE CHECK-LIST	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Diagnósticos e Intervenções do EEER	17
Tabela 2. Resultados obtidos no Plano de Intervenção de ER	22

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Reabilitação na Comunidade, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (1.º Ano; 2.º Semestre) da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), foi proposta a elaboração de um Relato de Caso Clínico (RCC), sendo que o presente estudo a ser desenvolvido é intitulado como: “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur”. A seleção do tema apresentado está relacionada com o facto de identificar a necessidade em adquirir mais conhecimento científico na área de processo orto-traumatológico em contexto de estágio, compreendo assim a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). O EEER desenvolve as suas intervenções, tendo por base o processo de enfermagem em que constam as competências específicas, nomeadamente, cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do seu ciclo de vida, capacitar a pessoa perante a sua deficiência, limitação e/ou restrição de participação para o exercício de cidadania e, maximizar a funcionalidade da pessoa desenvolvendo as suas capacidades (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Sendo a questão de pesquisa o primeiro passo no processo de investigação, a mesma deve reunir um conjunto de características, ou seja, ser factível, interessante, novidade, ética e relevante para investigações futuras (Néné & Sequeira, 2022). Assim, foi definida a seguinte questão: “Quais as intervenções de Enfermagem de Reabilitação no período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur em contexto domiciliário?”. Relativamente ao objetivo geral, o mesmo incide sobre: Descrever as intervenções do EEER no período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur, em contexto domiciliário. Quanto aos objetivos específicos, são: Desenvolver um plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) com a pessoa submetida a intervenção cirúrgica pós fratura do fémur; Avaliar a importância das intervenções do EEER na reabilitação, no período pós-cirúrgico, da pessoa com fratura do fémur. Deste modo, surgiram alguns aspetos importantes a abordar neste enquadramento teórico para melhorar a compreensão do plano de cuidados delineado com a pessoa e prestadora de cuidados em questão.

O envelhecimento populacional é uma das tendências com mais significado do século XXI, apresentando implicações para todos os domínios da sociedade (Maduro & Figueiredo, 2021). Esta é uma realidade quer dos países desenvolvidos, quer dos países em desenvolvimento, conduzindo a um aumento significativo da população idosa (Sousa et al., 2024). Segundo o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, e conforme os dados emitidos

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

pelos Censos 2021, em Portugal verifica-se um aumento expressivo da população idosa e um decréscimo da população jovem, o que contribuiu para que fossem definidos seis pilares de atuação para o processo de envelhecimento ativo e saudável, entre os quais, a saúde e o bem-estar e a autonomia e vida independente (Presidência do Conselho de Ministros, 2024). Assim, torna-se urgente o desenvolvimento de intervenções de Enfermagem que promovam um envelhecimento ativo e saudável, preservando a autonomia e a independência, tendo em conta o acelerado processo de envelhecimento e as quedas como um dos eventos adversos que mais afetam a população idosa (Sá & Santos, 2019). Os acidentes por quedas na população idosa destacam-se pela alta afluência aos serviços de urgência/ internamentos e pelo impacto que representam a nível físico, emocional e funcional (Lobo & Vítor, 2024; Sá & Santos, 2019).

As quedas são consideradas acontecimentos traumáticos e multifatoriais, que normalmente são involuntárias e imprevisíveis, provocando, com frequência, lesões na pessoa idosa, apresentando consequências para a própria pessoa, para o prestador de cuidados e para a sociedade em que está inserida (Maduro & Figueiredo, 2021). Existem fatores de risco para a ocorrência deste tipo de eventos, entre os quais, problemas de visão, audição, locomoção, patologias do foro neurológico com impacto no andar e no equilíbrio e a administração de terapêutica (antidepressivos, anti-hipertensores, entre outros). Por outro lado, e segundo os mesmos autores, o ambiente envolvente também poderá ser um fator de risco, nomeadamente, más condições de iluminação, tapetes soltos, piso escorregadio ou presença de escadas. Deste modo, as principais consequências relacionadas com este tipo de evento são as lesões ósseas e musculares, que conduzem à independência funcional comprometida da pessoa idosa e, por conseguinte, a limitações nas atividades da vida diária (AVD's) (Sá & Santos, 2019). No que se refere aos fatores de risco, os autores Santos et al. (2020), referem que a ocorrência de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) conduz a um aumento do risco de quedas, uma vez que os défices decorrentes, como por exemplo, diminuição da força muscular, descoordenação, apraxia e ataxia, conduzem ao compromisso da marcha, postura, equilíbrio e, conseqüentemente, das AVD's. Deste modo, o processo de reabilitação deverá promover a estabilidade da postura e o equilíbrio, promovendo a independência da pessoa (Rocha et al., 2020). Segundo a *Registered Nurses' Association of Ontario* (2017), são recomendados exercícios para pessoas com risco de queda no seu domicílio, com a finalidade de melhorar a força muscular e o equilíbrio, prevenindo assim a ocorrência de quedas e a redução de lesões causadas pelas mesmas, a partir de um plano individualizado que corresponda às habilidades e funcionalidade da pessoa no momento. Mantendo esta homeostasia, a pessoa idosa reúne mais segurança e confiança com o

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

10

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

trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro, tendo este um papel preponderante no desenvolvimento de um programa de exercício físico personalizado em cada pessoa (Maduro & Figueiredo, 2021).

No entanto, quando se verifica a ocorrência deste tipo de acidentes, a fratura do fêmur é uma das lesões traumáticas mais comuns, sendo este o osso com maior capacidade de suportar carga durante o movimento, verifica-se que estas fraturas estão associadas a períodos de internamento e de reabilitação mais prolongados e dificuldades no regresso ao domicílio devido ao grau de dependência e funcionalidade (Lobo & Vítor, 2024). A sua etiologia difere entre a população mais jovem e a pessoa idosa, uma vez que quando relacionada a jovens as lesões são de alto impacto, enquanto na pessoa idosa, geralmente, verifica-se a partir de lesões de baixo impacto, como por exemplo, quedas da própria altura, relacionadas com a menor densidade óssea (Becker et al., 2022).

A fratura do fêmur é uma condição de continuidade óssea danificada ou uma fratura da coxa, que tem por base uma pressão externa ou esforço físico excessivo, manifestada por dor, impossibilidade de realizar carga e, acompanhada por algumas deformidades, entre as quais, o encurtamento, rotação externa do membro inferior (MI) e a limitação do movimento desse mesmo membro, conduzindo assim a mobilidade física prejudicada da pessoa (Oktavia et al., 2020; Palma et al., 2021). No que concerne às fraturas da extremidade superior do fêmur, estas são divididas em fraturas trocântéricas (intertrocântéricas ou transtrocântéricas) e subtrocântéricas (quando a lesão é abaixo do nível do pequeno trocânter) (Marques- Vieira & Sousa, 2016). Estes tipos de fraturas também podem ser classificadas como fraturas instáveis ou estáveis, no entanto o tratamento de eleição incide sobre a intervenção cirúrgica (Palma et al., 2021). Este tipo de tratamento permite a mobilização e a carga de forma precoce, sendo que a reabilitação é essencial para a melhoria da qualidade de vida e, deste modo, o EEER é o profissional que desenvolve competências para elaborar, implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados, permitindo que as pessoas maximizem a sua funcionalidade, autonomia e independência (Lobo & Vítor, 2024). Por outro lado, os longos períodos de imobilidade traduzem-se em complicações, como por exemplo, broncopneumonias, úlceras por pressão, incontinência urinária, infeções urinárias, enfraquecimento muscular, confusão mental, entre outras (Palma et al., 2021). Assim, é notório que em casos de fratura da extremidade superior do fêmur, a intervenção do EEER se traduz em múltiplos benefícios para a pessoa, nomeadamente, na promoção do autocuidado (Palma et al., 2021).

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

11

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

A fragilidade que afeta a população idosa, nomeadamente, a menor capacidade que estes apresentam para lidar com um agente de *stress* que afeta vários sistemas orgânicos, é definido como um importante fator de risco para a ocorrência de fraturas do fémur, bem como para a ocorrência de complicações após esse evento (Becker et al., 2022). Também se verifica que patologias neurológicas, como a demência e o delírio, têm sido verificadas como resultados adversos neste tipo de fraturas, estando associados a reinternamentos, a recuperação da mobilidade prejudicada e a uma taxa reduzida de pessoas que regressam ao seu domicílio/comunidade (Becker et al., 2022). Destarte, o regresso a casa é um acontecimento satisfatório na comunidade, no entanto pode ser considerado um processo de transição que acarreta muitos desafios para o profissional de saúde, mais concretamente, para o EEER que desenvolve um plano de cuidados tendo em consideração uma transição segura para uma reintegração de sucesso na comunidade (Matos & Simões, 2020). O regresso a casa é um indicador de qualidade e, conseqüentemente, um indicador de reabilitação de sucesso, o que implica que a prestação de cuidados de ER seja realizada em tempo útil e adequada às respostas humanas individuais da pessoa, promovendo um ambiente terapêutico seguro e uma tomada de decisão fundamentada (Matos & Simões, 2020). Para tal, é fundamental preparar o regresso ao domicílio desde o momento da admissão em contexto hospitalar, promovendo o autocuidado da pessoa e envolvendo o seu prestador de cuidados nesta fase, por forma a capacitar a pessoa para o desempenho das AVD's de forma autónoma e, mesmo existindo limitações, para que seja possível reestabelecer o seu estado de saúde e a promoção para a independência (Marques et al., 2012). Destaca-se a importância de identificar quem é o prestador de cuidados da pessoa, bem como, incluí-lo no plano de cuidados, uma vez que os mesmos tendem a mencionar dificuldades que surgem no regresso a casa, como por exemplo, gestão do *stress*, sobrecarga e incompreensão na informação que lhes é fornecida no momento da alta hospitalar (Oliveira et al., 2023). É de salientar que a prestação de cuidados durante longos períodos em contexto domiciliário, pode traduzir-se em desgaste a nível físico, emocional, social, familiar e financeiro, conduzindo a situações de desgaste e sobrecarga para o prestador de cuidados (Matos & Araújo, 2021). Assim, o EEER é crucial na continuidade dos cuidados ao promover a inclusão da pessoa e da sua família no processo de cuidados e reabilitação, sendo que os mesmos devem promover a autocapacitação e estratégias de *coping* para uma transição saudável (Matos & Simões, 2020).

O presente RCC está estruturado do seguinte modo: a presente introdução, em que consta o tema a desenvolver e a sua relevância, bem como, uma breve revisão da literatura relacionada

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

12

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

com o tema, a questão de pesquisa e os objetivos do presente trabalho; o primeiro capítulo refere-se aos materiais e métodos, em que está mencionado o método utilizado para o estudo, a apresentação do caso clínico e o plano de cuidados de ER; o segundo capítulo que diz respeito aos resultados obtidos; o terceiro capítulo, relacionado com a discussão sobre os resultados adquiridos. Por último, serão mencionadas as considerações finais acerca do RCC.

É de salientar que as referências bibliográficas mencionadas ao longo do RCC, são organizadas com base na 7.ª Edição das Normas A.P.A. (*American Psychological Association*), segundo a orientação do Guia para a elaboração de trabalhos escritos da ESSATLA (Escola Superior de Saúde Atlântica, 2022).

1. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente RCC tem na sua base as normas do *Equator* com a *check-list* de *CARE* (ANEXO I), de forma a organizar e estruturar o mesmo com os itens sugeridos pelas *guidelines*, e de acordo com o estudo a ser realizado. Dado que a recolha de dados foi feita por entrevista à pessoa e prestadora de cuidados, observação, exame físico e consulta do processo clínico da pessoa alvo de estudo, é mantida a confidencialidade e o anonimato, sendo identificada como Sr. N.. Importa referir, que o presente estudo foi elaborado após ter sido apresentado à pessoa o consentimento informado, livre e esclarecido para participar neste tipo de investigação (Apêndice I), sendo o mesmo enviado ao cuidado da Comissão de Ética da ESSATLA, com o respetivo pedido (Apêndice II). O RCC teve como fundamentação teórica, uma pesquisa da literatura científica, com base nos seguintes descritores: Enfermagem, Reabilitação, fraturas do fémur, autocuidado, envelhecimento em casa. A pesquisa foi efetuada recorrendo à plataforma *Google Scholar* e às bases de dados *SciELO*, *EBSCO Host (Medline, CINAHL e Cochrane Database of Systematic Reviews)* e *PubMed*.

A avaliação de ER foi realizada com recurso a instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Foram mencionados os seguintes: Escala *Medical Research Council Muscle Scale (MRC)* modificada (Ordem dos Enfermeiros, 2015); Escala Qualitativa da Dor (Direção-Geral da Saúde, 2003); Índice de Barthel (Direção-Geral da Saúde, 2011); Escala de Equilíbrio de Berg (Paiva, 2016).

A avaliação diagnóstica (avaliação inicial) e colheita de dados foi realizada na primeira visita domiciliária, no dia 21/05/2025, após a admissão da pessoa na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) em que está a ser desenvolvido o Estágio de Reabilitação na Comunidade. Neste primeiro momento de avaliação, foram identificados os diagnósticos de ER com especial importância para a pessoa/ prestador de cuidados, tendo por base a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. O desenvolvimento do plano de cuidados de ER foi elaborado de acordo com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e a Ontologia em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021), apesar desta última apresentar algumas limitações para este caso clínico tendo em conta os focos de Enfermagem, sendo assim dois instrumentos que se complementam na conceptualização do plano de cuidados. Posteriormente, foi realizada uma segunda avaliação

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

(avaliação intermédia) no dia 04/06/2025 e, por último, uma terceira avaliação (avaliação final) no dia 18/06/2025, no total de dez sessões realizadas.

1.1. Apresentação do Caso Clínico

O Sr. N. do sexo masculino, casado, com nacionalidade portuguesa e de 81 anos de idade. Reside num dos concelhos de abrangência da UCC, em residência própria, com a esposa (prestadora de cuidados- Sr.ª E.).

No dia 05/05/2025 sofreu uma queda da própria altura, da qual resultou fratura transtrocantérica do fémur esquerdo. Foi admitido no Serviço de Urgência Geral do hospital da área de residência, sendo submetido a cirurgia no dia 06/05/2025 – Encavilhamento cefalomedular curto do fémur esquerdo. O Sr. N. foi admitido na UCC no dia 21/05/2025 com o objetivo de iniciar um programa de reabilitação funcional motora, com foco no treino de equilíbrio e AVD's. Apresenta história clínica de: Diabetes *mellitus* tipo II; Hipertensão Arterial (HTA); Ex-fumador; Cardiopatia isquémica com história de Enfarte Agudo do Miocárdio (2019); Doença Arterial Periférica; Síndrome demencial; Hipertiroidismo; Epilepsia.

A responsabilidade dos Enfermeiros é centrada no empoderamento da pessoa/ prestador de cuidados, com base em cuidados individualizados e seguros, ou seja, é definido como um cuidado centrado na pessoa (White et al., 2025). Neste caso, o Sr. N. apresenta um défice no autocuidado (como por exemplo, no transferir-se), que apesar de ser um conceito abstrato em termos de limitação de ação, exprime tanto a responsabilidade da pessoa, como as intervenções de enfermagem centradas na mesma (Queirós et al., 2014). *Dorothea Orem* desenvolveu a Teoria Défice do Autocuidado, que permite compreender as condições e as limitações da ação de cada pessoa e como estas podem beneficiar com a intervenção de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2022). Assim, quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa em desenvolver esse autocuidado, esta Teoria determina a intervenção do Enfermeiro (Queirós et al., 2014). Como tal, um dos objetivos do plano de intervenção de EEER neste caso clínico centrou-se na promoção do autocuidado.

Assim, foi realizada uma avaliação inicial no dia de admissão no serviço (Apêndice III), recolhendo informação pertinente para definir prioridades e hierarquizar os cuidados, identificando assim as necessidades de intervenção e diagnosticar precocemente as respostas humanas comprometidas (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Posteriormente, foram definidos

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

diagnósticos de ER e as respetivas intervenções de ER associadas, tal como está mencionado na Tabela 1.

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

16

Márcia Correia Ribeiro- março 2026- Escola Superior de Saúde Atlântica

cxxviii

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

Tabela 1. Diagnósticos e Intervenções do EEER

FOCOS DE ATENÇÃO PARA ER	DIAGNÓSTICOS DE ER	INTERVENÇÕES DO EEER
Objetivo: Determinar a evolução da mobilidade articular		
Movimento Muscular	Movimento Muscular Diminuído (MI Esquerdo)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar dor (Escala Qualitativa da Dor) (Apêndice IV); - Monitorizar força muscular através da escala MRC modificada (Apêndice V); - Avaliar evolução da amplitude articular, com base na avaliação de goniometria; - Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido/ ativo-resistido com enfoque na flexão/ extensão da articulação tibiotársica, flexão/ extensão do joelho, flexão/ extensão da coxofemoral, adução/abdução da coxofemoral, rotação interna e externa da coxofemoral (conforme tolerância do Sr. N.- limite dor e amplitude da articulação, e da porção distal para a proximal e movimento anti-espástico devido a história clínica de AVC); - Supervisionar técnica de exercício muscular e articular durante as sessões; - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos entre cada sessão (Ex : facilitação cruzada; auto-mobilizações; exercícios isométricos para fortalecimento dos músculos flexores, extensores e abdutores da coxa); - Avaliar evolução da mobilidade articular (c/ base na tolerância dos exercícios realizados pelo Sr. N., através de goniometria);
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (através do preenchimento de questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular ao Sr. N. e prestadora de cuidados (exercícios isométricos, exercícios ativo-assistidos, exercícios ativos-resistidos);

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

	Potencial para melhorar <u>capacidade</u> para executar técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (através do preenchimento de questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular o Sr. N. e a prestadora de cuidados (acima mencionadas); - Treinar técnicas de exercício muscular e articular (acima mencionadas); - Incentivar a execução de exercícios musculares e articulares;
Objetivos: Determinar a evolução da amplitude articular; Evitar agravamento da rigidez articular; Promover a adesão aos exercícios musculares e articulares		
Rigidez Articular	Risco de Rigidez articular (MI)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar dor (Escala Qualitativa da Dor) (Apêndice IV); - Monitorizar amplitude articular através de goniómetro (Apêndice VI); - Avaliar evolução da amplitude articular, com base na avaliação de goniometria; - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articular (através de registo diário realizado); - Executar técnicas de exercício articular ativo-assistido e ativo-resistido (reforçando a importância de respeitar o limite de dor do Sr. N.); - Executar técnicas de posicionamento (alternância de decúbitos no leito, exercícios de rolamentos, ponte); - Supervisionar exercícios articulares ativos nas sessões; - Executar técnica de transferência (sentar-se no leito com os pés apoiados no chão, posição de pé); - Incentivar a execução de exercício muscular e articular entre cada sessão;
	Potencial para melhorar <u>conhecimento</u> sobre	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do Sr. N. sobre condições de risco para a rigidez articular através do preenchimento de questionário adaptado de Moorhead et al. (2016);

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

	prevenção de rigidez articular	- Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular (incentivar o Sr. N. a mobilizar os membros superiores e inferiores, e explicar a sua importância na prevenção de complicações);
	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de rigidez articular	- Avaliar conhecimento da prestadora de cuidados sobre prevenção de rigidez articular (através do preenchimento de questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção de rigidez articular (mobilizações e posicionamentos que o Sr. N. pode realizar no leito aquando da prestação de cuidados- ex.: estimular a colaboração do Sr. N. nos cuidados de higiene/ troca de fralda);
	Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para prevenção de rigidez articular	- Avaliar a capacidade da Sr.ª E. para prevenção de rigidez articular (através da execução de exercícios após os ensinamentos realizados pelo EEER); - Instruir prestadora de cuidados sobre prevenção de rigidez articular (com base nos ensinamentos realizados); - Treinar prestadora de cuidados no uso de medidas de prevenção de rigidez articular durante as sessões (esemplificar exercícios na presença da Sr.ª E.);
Objetivos: Determinar a evolução do equilíbrio estático e dinâmico; Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico; Prevenir quedas; Promover autogestão; prevenção de quedas; Promover adesão; treino de equilíbrio estático e dinâmico		
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio corporal comprometido	- Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg (Apêndice VII); - Avaliar equilíbrio corporal (estático sentado, dinâmico sentado, ortostático estático, ortostático dinâmico) (através da execução de exercícios estáticos e dinâmicos na posição de sentado e de pé); - Executar técnica de treino de equilíbrio (coordenação de movimentos dos membros superiores e inferiores, transferência de peso dos membros inferiores, inclinação lateral direita/ esquerda, anterior/ posterior do tronco, apoio unipodal, correção postural); - Estimular a manter equilíbrio corporal;

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

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

		<ul style="list-style-type: none"> - Executar medidas de segurança na realização do treino de equilíbrio para a prevenção de quedas; - Orientar na técnica de treino de equilíbrio (realizar ensinamentos sobre exercícios ao Sr. N. e da prestadora de cuidados e esclarecer dúvidas existentes);
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal (através do preenchimento de questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal ao Sr. N. (exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e de pé acima mencionados);
	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal (através do preenchimento de questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal (acima mencionada); - Treinar técnica de equilíbrio corporal (acima mencionada);
Objetivos: Determinar a evolução do transferir-se; Assegurar atividade de transferir-se; Prevenir quedas; Promover autonomia para transferir-se		
Transferir-se	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o grau de dependência do Sr. N. nas atividades básicas de vida diária através do Índice de Barthel (Apêndice VIII); - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se (através do preenchimento de questionário na plataforma informática <i>SCInusco</i>); - Avaliar evolução do transferir-se; - Gerir ambiente físico para prevenção de quedas (luminosidade, obstáculos); - Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se (explicar ao Sr. N. passos a realizar na transferência); - Incentivar o uso de dispositivos auxiliares para transferir-se (materiais de apoio existentes para auxiliar na transferência- grade da cama, lençol deslizante, cinto de transferência, cadeirão ortopédico);

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

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

<p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se (através do preenchimento de questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se (explicar o procedimento de transferência e dar oportunidade do Sr. N. colocar questões); - Treinar técnica de adaptação para transferir-se (realizar treino com exercícios de levantar/ posição ortostática para progredir para transferência para cadeirão);
<p>Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o transferir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para transferir-se (através do preenchimento de questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para transferir-se (retirar obstáculos, otimizar espaço disponível para transferência em segurança, importância do uso de material de apoio- andaimbo e grades da cama);

2. RESULTADOS

Face ao plano de intervenção de ER mencionado no capítulo anterior, é fundamental avaliar os resultados obtidos junto da pessoa e da prestadora de cuidados a partir das intervenções implementadas para cada diagnóstico de enfermagem. Tal como é referido pela Ordem dos Enfermeiros (2015), os resultados de Enfermagem estão relacionados com o estado/ medida de um diagnóstico de Enfermagem em vários períodos após uma intervenção de Enfermagem. Deste modo, na seguinte tabela (Tabela 2) estão mencionados os resultados obtidos em cada momento de avaliação.

Tabela 2. Resultados obtidos no Plano de Intervenção de ER

Foco de Atenção: Movimento Muscular				
Objetivo: Determinar a evolução da mobilidade articular				
		Avaliação Inicial (D0)	Avaliação Intermédia (D5)	Avaliação Final (D10)
DIAGNÓSTICOS DE ER	Movimento Muscular Diminuído (MI Esquerdo)	O Sr. N. apresentou dor moderada aquando das mobilizações do MIE (Apêndice IV); Escala MRC modificada= 3/5 (em todas as articulações e movimentos) (Apêndice V), aquando da realização de exercícios ativo-assistidos, realizada 2 séries de 5 repetições até ao limite de dor.	O Sr. N. apresentou melhoria na avaliação da dor para ligeira no MIE (Apêndice IV); Na avaliação da Escala MRC modificada, o Sr. N. apresentou ganho de força (4/5) nos movimentos de extensão e abdução da coxo-femoral e na flexão da tibio-társica (Apêndice V), na execução de exercícios ativo-resistidos (3 séries, 10 repetições). ↓ Movimento Muscular Diminuído	O Sr. N. manteve dor para ligeira no MIE (Apêndice IV); Na avaliação da Escala MRC modificada, o Sr. N. apresentou ganho de força (4/5) em todas as articulações e movimentos (Apêndice V) na execução de exercícios ativo-resistidos (3 séries, 10 repetições). No entanto, o movimento muscular mantém-se diminuído, mas verificou-se uma melhoria na avaliação ↓

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

	Potencial para melhorar conhecimento e capacidade sobre técnicas de exercício muscular e articular	O Sr. N. não apresenta nenhum conhecimento acerca de técnicas de exercício muscular e articular (Classificação: 1) ¹ , pelo que foram realizados ensinios. Apresenta potencial para melhorar a capacidade, foram realizados os ensinios acerca das técnicas, bem como a instrução e treino durante a sessão, com colaboração da pessoa.	O Sr. N. apresenta conhecimento limitado acerca de técnicas de exercício muscular e articular (Classificação: 2) ¹ , tendo sido reforçados os ensinios sobre cada exercício. Apresenta melhoria na capacidade de execução das técnicas, reforçados ensinios durante o treino de exercícios.	Movimento Muscular Diminuído O Sr. N. apresenta conhecimento moderado acerca de técnicas de exercício muscular e articular (Classificação: 3) ¹ , mostrando iniciativa para o início dos exercícios e, assim, conhecimento melhorado. O Sr. N. apresenta capacidade melhorada na execução das técnicas, afirmando ter realizado vários exercícios entre cada sessão.
Foco de Atenção: Rigidez Articular				
Objetivos: Determinar a evolução da amplitude articular; Evitar agravamento da rigidez articular; Promover a adesão aos exercícios musculares e articulares				
		Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
DIAGNÓSTICOS DE ER	Risco de Rigidez articular presente (MI Esquerdo)	Executados exercícios ativo-assistidos (incluindo alternância de decúbitos no leito) com o Sr. N.; Avaliada amplitude articular (Apêndice VI).	O Sr. N. executou exercícios ativo-assistidos e resistidos, aumentando a amplitude articular em todos os movimentos do MIE, exceto na extensão da coxo-femoral e do joelho (Apêndice VI);	O Sr. N. executou exercícios ativo-assistidos e resistidos, aumentando a amplitude articular em todos os movimentos do MIE, exceto na extensão da coxo-femoral, extensão do joelho e na flexão da tibio-társica, verificando-se uma melhoria

¹ Adaptado de: Moorhead et al. (2016)

Legenda sobre conhecimento de técnicas de exercício muscular e articular: 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

			Realizada transferência de decúbito dorsal no leito para sentado no leito com os pés apoiados no chão, com tolerância.	significativa na amplitude na flexão do joelho (Apêndice VD). Realizada transferência de decúbito dorsal no leito para sentado no leito com os pés apoiados no chão, com tolerância.
			↓	↓
			Risco de Rigidez articular presente	Risco de Rigidez articular presente
Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de rigidez articular	Não apresenta nenhum conhecimento acerca da prevenção de rigidez articular (Classificação: 1) ² , pelo que foram realizados ensinios.	O Sr. N. apresenta conhecimento limitado na prevenção de rigidez articular (Classificação: 2) ² , sendo reforçados os ensinios aquando das mobilizações.	O Sr. N. apresenta conhecimento moderado sobre técnicas de exercício muscular e articular (Classificação: 3) ² , demonstrando melhoria significativa nas amplitudes articulares e na colaboração nas sessões em relação à avaliação inicial.	
Potencial para melhorar	A Sr.ª E. apresenta conhecimento moderado (Classificação: 3) ² sobre	Apresenta conhecimento substancial (Classificação: 4) ² .	O conhecimento da Sr.ª E. manteve-se como substancial (Classificação: 4) ² .	

² Adaptado de: Moorhead et al. (2016)

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

³ Adaptado de: Moorhead et al. (2016)

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

<u>conhecimento e capacidade do prestador de cuidados sobre prevenção de rigidez articular</u>	técnicas de prevenção da rigidez articular. Apresenta capacidade para prevenir a rigidez articular do Sr. N., pelo que foi realizada instrução e treino de exercícios e atitudes de prevenção	Apresenta capacidade melhorada na prevenção da rigidez articular do Sr. N., pelo que se realizou treino de exercícios e utilização de material de apoio (ex: importância do uso de almofadas nos posicionamentos)	colocando dúvidas em cada sessão, como por exemplo, em relação às amplitudes permitidas de cada articulação. Relativamente à capacidade, apresenta-se melhorada entre as várias avaliações, participando ativamente com o doente no plano de intervenção
Foco de Atenção: Equilíbrio Corporal			
Objetivos: Determinar a evolução do equilíbrio estático e dinâmico; Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico; Prevenir quedas; Promover autogestão: prevenção de quedas; Promover adesão: treino de equilíbrio estático e dinâmico			
	Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final

Legenda sobre conhecimento do prestador de cuidados na prevenção de rigidez articular: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica
25

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

DIAGNOSTICOS DE ER	Equilíbrio Corporal comprometido	Avaliação Escala de Berg= 0 (Apêndice VII). Não foi possível realizar avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, por o Sr. N. referir dor em grau moderado.	Avaliação Escala de Berg= 3 (Apêndice VII) Realizado posicionamento de sentado no leito com os pés apoiados no chão (apresentou equilíbrio estático e não apresentou equilíbrio dinâmico) e, posteriormente, assumiu a posição de pé (apresentou equilíbrio estático e não apresentou equilíbrio dinâmico na posição de pé). ↓ Equilíbrio Corporal comprometido	Avaliação Escala de Berg= 5 (Apêndice VII) O Sr. N. manteve equilíbrio diminuído e elevado risco de queda em todas as avaliações, apesar do score melhorado. Apresentou equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado, sendo que na posição de pé manteve presença de equilíbrio estático e dinâmico ausente). ↓ Equilíbrio Corporal comprometido
	Potencial para melhorar conhecimento e capacidade sobre técnica de equilíbrio corporal	Não apresenta nenhum conhecimento acerca da técnica de equilíbrio corporal (Classificação: 1) ⁴ , pelo que foram realizados ensinamentos e/ou exercícios de promoção de equilíbrio. Por não apresentar capacidade sobre esta técnica na avaliação inicial, foi instruído e treinado com a pessoa.	Apresenta conhecimento limitado (Classificação: 2) ⁴ , foram reforçados ensinamentos, sendo que o Sr. N. melhorou o equilíbrio atingindo a posição de sentado no leito e posição de pé, melhorando assim a sua capacidade com o treino de exercícios.	Apresenta conhecimento moderado (Classificação: 3) ⁴ , aumentando conhecimento sobre postura/ estratégias a adotar no treino de equilíbrio, nomeadamente no equilíbrio sentado. Quanto à capacidade, foi incentivado a manter o treino de exercícios

⁴ Adaptado de: Moorhead et al. (2016)

Legenda sobre conhecimento da 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

				específicos entre sessões para uma melhoria contínua.
Foco de Atenção: Transferir-se				
Objetivos: Determinar a evolução do transferir-se; Assegurar atividade de transferir-se; Prevenir quedas; Promover autonomia para transferir-se				
		Avaliação Inicial	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
DIAGNÓSTICOS DE ER	Potencial para melhorar conhecimento e capacidade sobre técnica de adaptação para transferir-se	Não apresenta nenhum conhecimento acerca da técnica de adaptação para transferir-se (Classificação: 1) ² . Avaliação Índice de Barthel= 0, dependência total para os autocuidados, incluindo o transferir-se (Apêndice VIII). Sem capacidade para transferir-se na sessão, devido à dor que apresenta no MIE, pelo que foram realizadas mobilizações no leito até ao limite de dor.	O Sr. N. apresenta aumento do conhecimento sobre a técnica de transferir-se- conhecimento limitado (Classificação: 2) ¹ , verificando melhoria na atividade do transferir-se, sendo realizada transferência para a posição de sentado e de pé. Mantém dependência total nos autocuidados (Índice de Barthel= 5) (Apêndice VIII) O Sr. N. apresentou melhorias na capacidade de transferência, tolerando a posição de sentado no leito com os pés apoiados no chão e a posição de pé após	O Sr. N. apresentou melhoria dos conhecimentos no autocuidado de transferir-se (Classificação: 3) ¹ , demonstrando iniciativa e estratégias com uso de apoio de auxiliar de marcha, no entanto necessita de apoio por apresentar equilíbrio comprometido. Apesar do aumento do score do Índice de Barthel (=15) (Apêndice VIII), mantém dependência total nos autocuidados. Nesta sessão, foi possível avaliar que a capacidade encontra-se melhorada, uma vez que necessita de menos ajuda de terceiros para a transferência.

¹ Adaptado de: Moorhead et al. (2016)

Legenda sobre conhecimento de 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

		as instruções fornecidas, apesar de apresentar o equilíbrio comprometido.	
Potencial para melhorar <u>conhecimento de prestador de cuidados</u> sobre adaptação do domicílio para o transferir-se	Prestadora de cuidados apresenta conhecimento limitado (Classificação: 2) ⁶ acerca das adaptações a realizar no domicílio, pelo que foram realizados ensinios sobre os cuidados a ter em consideração.	A Sr. ^a E. apresenta melhoria no conhecimento sobre as adaptações a realizar no domicílio (por exemplo, nesta avaliação existe mais espaço otimizado na sala onde está a cama articulada do Sr. N. e andarilho para auxiliar nas transferências (Classificação: 4) ⁶ .	Prestadora de cuidados apresenta conhecimento substancial (Classificação: 4) ⁶ . Após os ensinios realizados, reúne todas as condições para o Sr. N. realizar transferências- cama articulada, cadeirão ortopédico, espaço otimizado e em segurança, casa de banho adaptado.

⁶ Adaptado de: Moorhead et al. (2016)

Legenda sobre conhecimento do prestador de cuidados acerca da adaptação do domicílio para o transferir-se: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

3. DISCUSSÃO

A ocorrência de lesões como fraturas ósseas estão associadas a uma limitação física com menor capacidade para a realização de AVD's e diminuição da qualidade de vida, traduzindo-se em aspetos com especial importância para a intervenção do EEER, que têm como responsabilidade promover a independência funcional, a capacitação para o autocuidado e a qualidade de vida (Palma et al., 2021). Deste modo, aquando da admissão da pessoa (Sr. N.) na ECCI, foi delineado um plano de intervenção de ER, com foco na reabilitação física motora, com recurso a instrumentos de avaliação adequados, e em parceria de cuidados com a equipa multidisciplinar, a pessoa e a prestadora de cuidados. O objetivo da intervenção do ER neste caso clínico incidiu sobre a capacitação da pessoa que apresentou limitação da sua atividade após ter sofrido uma queda no domicílio e, posteriormente, ser submetido a uma intervenção cirúrgica que requer um período de reabilitação e recuperação. É de notar que as intervenções do EEER com a pessoa com fratura do fémur, traduzem-se em inúmeros benefícios, nomeadamente no que se refere à promoção do autocuidado (Palma et al., 2021). Assim, e como foi referido anteriormente, um dos focos de atenção relacionou-se com a promoção do autocuidado, nomeadamente, na transferência e recorrendo a diversas estratégias. A prescrição de exercício físico diminui a intolerância à atividade, que inclui um conjunto de parâmetros, como a frequência, intensidade, tipo de exercício físico, duração volume e progressão do treino (Ribeiro, 2021). Nesta fase do treino do Sr. N., a tipologia de treino tida em consideração foi o treino de equilíbrio, e como é referido por Ribeiro (2021), esta tipologia de treino com exercícios estáticos e dinâmicos têm como objetivo melhorar a capacidade de resposta em casos de desequilíbrio ou por estímulos desencadeados pelo próprio movimento, tendo sido um dos resultados o Sr. N. pôr-se de pé, com melhoria do equilíbrio entre sessões.

Como referem Palma et al. (2021), a implementação de um programa de reabilitação com a pessoa que apresenta este tipo de fratura/ pós-operatório incidiu, por exemplo, em ganhos ao nível do equilíbrio, força/ movimento muscular e da capacidade para desenvolver as AVD's. Como referido anteriormente, aquando da apresentação dos resultados, podemos avaliar que no programa de intervenção de ER do Sr. N., obtiveram-se ganhos nos focos do movimento muscular e do equilíbrio, nomeadamente na avaliação da Escala MRC modificada, na avaliação de goniometria e na Escala de Equilíbrio de Berg. No entanto, até ao momento da última avaliação, estes resultados não foram suficientes para a recuperação do autocuidado do Sr. N., como por exemplo, no transferir-se e, assim, melhoria no nível de dependência, tal como está expresso nas avaliações do Índice de Barthel.

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

Becker et al. (2022) e Casafont et al. (2022) afirmam que a demência pode estar correlacionada, tanto com a ocorrência de quedas, como com a recuperação da mobilidade e das AVD's durante o período de recuperação. Este declínio da capacidade cognitiva poderá ter sido um fator que influenciou os resultados e avaliação das intervenções do EEER com o Sr. N., uma vez que apresenta história clínica de síndrome demencial. Assim, no decorrer das sessões de ER, a responsabilidade do prestador de cuidados foi tida em consideração para a otimização dos resultados esperados, sendo que os mesmos influenciam positivamente o processo de recuperação funcional da pessoa idosa (Oliveira et al., 2023). A melhoria do conhecimento e das capacidades da prestadora de cuidados foram dos resultados mais significativos nesta fase do processo de reabilitação do Sr. N. tendo em consideração a recuperação da pessoa, mas também o impacto dos cuidados na Sr.ª E., nomeadamente ao nível do físico e psicológico. O conhecimento e as capacidades da prestadora de cuidados que foram melhorados no decorrer das avaliações, particularmente na prevenção da rigidez articular e da adaptação do domicílio, incluíram estratégias importantes (como por exemplo, ensinios, instrução e treino acerca da utilização de produtos de apoio) que permitiram diminuir o desgaste por parte da prestadora de cuidados, indo ao encontro do que mencionam Matos e Araújo (2021) na sua investigação. A intervenção do EEER no domicílio tem as suas particularidades, uma vez que prima pelas relações subjetivas e afetivas existentes no contexto, mantendo o objetivo de habilitar o prestador de cuidados com conhecimentos e capacidades, motivando-o para a continuidade dos cuidados (Ribeiro, 2021). Para tal, foi imprescindível estabelecer uma relação terapêutica de confiança com a pessoa/ cuidador, tendo em conta as suas necessidades físicas, psicossociais e relacionais e a escuta ativa por parte do Enfermeiro como é referido pelo *International Learning Collaborative*, com o desenvolvimento do Modelo Teórico *Fundamentals of Care* que explica a importância e o acesso a cuidados centrados na pessoa e baseados em evidências (Muntlin et al., 2023). O mesmo assenta em três dimensões: relacionamento, integração de cuidados e o contexto de cuidados que tem como foco o planeamento de cuidados em torno das necessidades fundamentais (Kitson et al., 2013). Neste caso clínico em específico, a relação terapêutica estabelecida com a pessoa e a prestadora de cuidados foi fundamental para a intervenção do EEER, complementando-se com a Teoria de *Dorothea Orem*, por forma a melhorar a capacidade de autocuidado, sustentada numa abordagem mais holística em relação ao vínculo terapêutico e contexto existente. Assim, estes referenciais teóricos foram imprescindíveis para o processo de tomada de decisão baseada em evidências, incluindo neste processo a partilha de conhecimento necessário à continuidade de cuidados, com foco na relação terapêutica estabelecida com a pessoa e a prestadora de cuidados.

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica
30

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente RCC foi fundamental para compreender a importância da intervenção do EEER na recuperação da pessoa com determinadas limitações da atividade nos vários contextos em que está inserido, com o objetivo de promover a sua funcionalidade e independência. Para tal, foi crucial mobilizar conhecimentos que permitissem capacitar o máximo possível tanto a pessoa, como o cuidador. É de salientar que a articulação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar proporciona um conjunto de ganhos em saúde de extrema importância para a recuperação e reabilitação da mesma.

Assim, foi possível compreender e refletir acerca das competências específicas enquanto futura EEER, como por exemplo, aquando da formulação de um plano de intervenção de ER específico e individualizado para a pessoa e para o seu prestador de cuidados. Adjacente ao plano de cuidados, é fundamental mobilizar um conjunto de conhecimentos e informação científica através de pesquisas, que se tornam imprescindíveis para fundamentar cada intervenção, considerando assim mais um aspeto de extrema importância aquando da realização deste trabalho em contexto académico. Neste âmbito, é notória a necessidade de produzir mais conhecimento científico, nomeadamente, acerca de intervenções do EEER na área de processos orto-traumatológicos na comunidade e destacando a importância que o cuidador representa na parceria de cuidados. Destarte, desenvolver uma prática baseada na evidência, aumentando o corpo de conhecimentos em ER, torna-se um desafio emergente, essencial para a afirmação e fundamentação da responsabilidade do EEER nas diversas áreas da prestação de cuidados.

No entanto, senti que o período de tempo que foi delineado para a realização do presente trabalho e a minha inexperiência enquanto futura EEER, foram limitações para apresentar os resultados obtidos com a implementação das intervenções especializadas, não permitindo uma avaliação mais detalhada e prolongada, evidenciando assim a evolução da pessoa/ prestador de cuidados, como também os ganhos obtidos na melhoria da qualidade de vida.

É de salientar que a realização do RCC teve na sua base os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável definidos pela Organização das Nações Unidas na Agenda 2030, mais concretamente o Objetivo 3- “Saúde de Qualidade” e o Objetivo 4- “Educação de Qualidade”, com a finalidade de produzir conhecimento científico a partir de experiências na academia (Organização das Nações Unidas, 2016).

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

31

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Becker, N., Hafner, T., Pishnamaz, M., Hildebrand, F., & Kobbe, P. (2022). Patient-specific risk factors for adverse outcomes following geriatric proximal femur fractures. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 48, 753-761. <https://doi.org/10.1007/s00068-022-01953-8>

Casafont, C., González-García, M. J., Marañón-Echeverría, A., Cobo-Sánchez, J. L., Bravo, M., Piazuelo, M., & Zabalegui, A. (2022). Profile of Patients with Dementia or Cognitive Impairment Hospitalized with a Proximal Femur Fracture Requiring Surgery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2799), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052799>

Decreto-lei nº65/2018. (16 de agosto de 2018). Diário da República, 1.ª série — N.º 157 —. Retrieved maio de 2025, from <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Direção- Geral da Saúde. (2011). Norma N.º 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. (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG. *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>

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

International Learning Collaborative. (s.d.). *The Fundamentals of Care Framework*. <https://ilccare.org/the-fundamentals-of-care-framework/>

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). The University of Adelaide. *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*.

Lobo, A., & Vítor, J. (2024). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a prótese parcial da anca: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), 1-13. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.38644>

Maduro, Â., & Figueiredo, M. C. (2021). Intervenções de Enfermagem na prevenção de quedas dos idosos: uma scoping review. *Revista da UI_ IPSantarém*, 9(1), 274-290.

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

Marques- Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.

Marques, A. S., Costa, V. S., Oliveira, M. J., Lino, N. F., Baixinho, C., & Ferreira, Ó. (2012). Promotion of self-care to the person dependent on nursing care. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 6(1), 165-171. <https://doi.org/10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0601201223>

Matos, M. F., & Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

Matos, M. J., & Araújo, C. (2021). Prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio: Intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 56-63. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 5.ª Edição. Elsevier Editora Ltda.

Muntlin, Å., Jangland, E., Laugesen, B., Voldbjerg, S. L., Gunningberg, L., Greenway, K., Merriman, C., Grønkvær, M., Heinen, M., & Waal, G. H.-d. (2023). Bedside nurses' perspective on the Fundamentals of Care framework and its application in clinical practice: A multi-site focus group interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 145(2023), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104526>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem- Teoria e Prática*. Lidel.

Oktavia, W., Karmila, M., Malik, A. A., Khaerunnisa, R. N., & Fitriani, A. (2020). Implementation of evidence based nursing: range of motion exercise to the patient with femur fracture. *Genius Journal- General nursing science journal*, 1(2), 61-65. <https://genius.inspira.or.id/index.php/gj/article/view/10/11>

Oliveira, A. R., Abreu, M., & Reis, L. (2023). Preparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 61-72. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.269>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Enfermagem Comunitária: Um projecto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia*. Classificação Internacional para a

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

Prática de Enfermagem (CIPE).

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8890/catalogocipe_web_julho2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ontologia de Enfermagem- Plataforma Online*.

<https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Organização das Nações Unidas. (2016). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável. Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento*. Centro de Informação

Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/>

Paiva, L. (2016). *Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos 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.

Palma, M., Teixeira, H., Pino, H., Vieira, J., & Bule, M. J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 6-17.

<https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

Presidência do Conselho de Ministros. (12 de janeiro de 2024). Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. *Diário da República*, 1.ª série.

Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164.

<https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Registered Nurses Association of Ontario. (2017). Preventing Falls and Reducing Injury from Falls. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries>

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

34

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

Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85/2019, 2ª série.*

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação- Conceções e Práticas*. Lidel.

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

Sá, G. G., & Santos, A. M. (2019). Functional independence of elderly patients who fell: a follow-up study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1795-1802.

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

Sousa, A. B., Oliveira, D. T., Carvalho, S. M., Wolf, J. M., Maurer, T. C., & Rosso, L. H. (2024). Femoral fracture in the elderly: dependence on nursing. *Revista Cuidarte*, 15(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.3186>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2022). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Lusociência.

White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D. (2025). Renewing the Definitions of 'Nursing' and 'a Nurse'. Final project report, June 2025. *International Council of Nurses*.

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

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

APÊNDICES

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica
36

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

APÊNDICE I | CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsinquia¹ e a Convenção de Oviedo²

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

Título do estudo: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Sandy Severino e do Professor Coordenador do Mestrado Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].

Explicação do estudo: Solicita-se a participação no Relato de Caso Clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista e serão utilizados Instrumentos/escalas de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no relato de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre os focos de Enfermagem de Reabilitação (Movimento Muscular; Rigidez Articular; Transferir-se; Equilíbrio Corporal), contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para a pessoa quer aceite ou recuse participar no relato de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação neste Relato de Caso Clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem que acarrete qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste Relato de Caso Clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados no Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, tratamento de dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados. 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.

Desde já, greta pela sua participação,

Márcia Correia Ribeiro; N.º Estudante: [REDACTED] Contacto telefónico: [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

Assinatura: _____

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: ____ / ____ / _____

¹ <http://www.sictp.mn.saude.pt/wp-content/uploads/sites/13/2018/03/declaracao-helsinquia.pdf>

² http://dohp.mh.gov.tl/2001/01/002200_00140015.pdf

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

<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>	
NOME:	DATA DE VALIDADE: .. / .. / ..
BI/CD Nº:	GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:
ASSINATURA	

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

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

38

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

APÊNDICE II | PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsinquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

Pedido para realização de Relato de Caso Clínico, no contexto de Estágio de Reabilitação na Comunidade

A aluna Márcia Correia Ribeiro, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (1.º Ano, 2.º Semestre) da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade (Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]) inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Sandy Severino e do Professor Coordenador do Mestrado de Enfermagem em Reabilitação Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED].

Título do estudo: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur.

Enquadramento: O estudo mencionado enquadra-se no Estágio de Reabilitação na Comunidade, que está a ser desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] desenvolvendo assim competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como competências de mestre.

Metodologia: O presente Relato de Caso Clínico tem por base as normas do Equator com a *check-list* de CARE, que segue em anexo ao pedido.

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

Condições e financiamento: A sua participação no Relato de Caso Clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem que acarrete qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste Relato de Caso Clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise dos dados no Relato de Caso Clínico é descritiva, sendo que o autor principal é responsável pela colheita, tratamento de dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados. 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.

Grato pela sua disponibilidade, Márcia Correia Ribeiro; N.º Estudante: [REDACTED]; Contacto telefónico [REDACTED]; E-mail: [REDACTED]

Assinatura

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 todos eles

¹ <https://www.who.int/publications/m/item/declaration-of-helsinki-1964>

² <https://www.unhcr.org/refugees/2020/01/001288100108018.pdf>

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

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 também assinar em cima, se consentir)</small>	
NOME:	DATA DO VALIDADE: ____/____/.....
BI/CD Nº:	GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:
ASSINATURA:	

INCLUIR DESENHO DO ESTUDO EM ANEXO

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

40

APÊNDICE III | AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO SR. N.

Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação do Sr. N.	
	<p><u>Data de Realização:</u> 21/05/2025</p>
INFORMAÇÃO DA PESSOA	<p>Nome: N.</p> <p>Idade: 81 Anos</p> <p>Sexo: Masculino</p> <p>Diagnóstico Clínico: Fratura transtrocantérica do fêmur esquerdo, por queda da própria altura no domicílio (05/05/2025)</p> <p>Cirurgia realizada: Encavilhamento cefalomedular curto de fêmur esquerdo (06/05/2025)</p> <p>História Clínica: Diabetes <i>mellitus</i> tipo II; HTA; Ex-fumador; Cardiopatia isquêmica com história de Enfarte Agudo do Miocárdio (2019); Doença Arterial Periférica; Síndrome demencial; Hipertireoidismo; Epilepsia</p> <p>Medicação habitual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Levetiracetam 500mg (1comp. 2xdia- Pequeno-almoço e jantar)• Omeprazol 20mg (1 comp. 1xdia- Pequeno-almoço)• Metibazol 5mg (1/2 comp. 1xdia- Pequeno-almoço)• Dapagliflozina 10mg (1 comp. 1xdia- Pequeno-almoço)• Galantamina 24mg (1 comp. 1xdia- Pequeno-almoço)• Memantina 20mg (1 comp. 1xdia- Pequeno-almoço)• Sertralina 50mg (1 comp. 1xdia- Pequeno-almoço)• Sacubitril/ Valsartan (24mg+ 36mg) (1/2 comp. 2xdia- Pequeno-almoço e jantar)• Linagliptina 5mg (1 comp. 1xdia- Lanche)• Bisoprolol 5mg (1 comp. 2xdia- Pequeno-almoço e jantar)• Rosuvastatina+ Ezetimiba (10mg+ 10mg) (1 comp. 1xdia- Jantar)• Espironolactona 25mg (1/2 comp. 1xdia- Jantar)• Apixabano 2.5mg (1 comp. 1xdia- Jantar)

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 1000mg (1 comp. 8/8H) • Metamizol Magnésico 575mg (1 comp. 8/8H, em SOS- se dor)
AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA	<p>Saturação de O₂: 96% em ar ambiente</p> <p>Frequência respiratória: 14cpm</p> <p>Características da respiração: Eupneico, respiração mista, superficial, rítmica, amplitude normal</p> <p>Dispneia: Não apresenta</p> <p>Sinais de dificuldade respiratória: Não apresenta</p> <p>Tosse: Apresenta ocasionalmente tosse seca</p>
AVALIAÇÃO MOTORA	<p>Força muscular (Escala MRC modificada): Ver Apêndice V</p> <p>Amplitude articular (Goniometria): Ver Apêndice VI</p> <p>Equilíbrio (Escala de Berg): Ver Apêndice VII</p> <p>Risco de Queda (Escala de Queda de Morse): 70 pontos (Alto Risco)</p> <p>Auxiliar de marcha: Andarilho</p>
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	<p>Consciência: Orientado na pessoa, tempo e espaço</p> <p>Escala de Coma de Glasgow: 14/15</p> <p>Humor: Eutímico</p> <p>História Clínica de eventos neurológicos: AVC Isquémico parietotemporal (2019)</p> <p>Sequelas neurológicas: Hemiparésia esquerda de predomínio braquial distal</p> <p>Comunicação: Períodos de desorientação (temporal)</p> <p>Pares Craneanos: Sem alterações</p> <p>Sensibilidade: Sem alterações</p> <p>Deglutição: Sem alterações</p> <p>Acuidade Visual: Sem alterações</p> <p>Acuidade Auditiva: Sem alterações</p>
AVALIAÇÃO DOS AUTOCUIDADOS	<p>Higiene: Totalmente Dependente</p> <p>Vestuário: Totalmente Dependente</p> <p>Alimentar-se: Totalmente Dependente</p>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

	<p>Posicionar-se: Totalmente Dependente Transferir-se: Totalmente Dependente Aandar: Totalmente Dependente Eliminação: Totalmente Dependente</p>
AValiação Pele e Mucosas	<p>Risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden): 13 pontos (Alto Risco) Úlceras de Pressão: Úlcera de Pressão Grau II- Flictena íntegra no calcâneo esquerdo (realizado tratamento c/ limpeza com Soro Fisiológico 0.9% e compressas+ gaze c/ iodopovidona+ compressas+ ligadura) Feridas Cirúrgicas: Ferida cirúrgica no 1/3 médio da coxa esquerda, sem sinais inflamatórios (realizado tratamento c/ limpeza, sutura exposta com steri-strips)</p>
AValiação Habitacional	<p>Condições: Habitação reúne condições, c/ rés-do-chão e 1.º andar (cliente e cuidadora residem no rés-do-chão, que possui cozinha, sala, quarta e casa de banho) Barreiras arquitetônicas: Escadas Apoios técnicos/ instrumentos de apoio: Cama articulada com grades laterais, cadeira de banho sanitária, barras de apoio, cadeirão, andarilho</p>
IDENTIFICAÇÃO DE CUIDADOR	<p>Nome: E. Parentesco: Esposa Apoio: Apoio em todas as AVD's, durante todo o dia Capacidade de Aprendizagem: Apresenta capacidade de aprendizagem Serviço de Apoio Domiciliário: Sim (Apoio nos cuidados de higiene)</p>

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

APÊNDICE IV | ESCALA QUALITATIVA DA DOR - SR. N.

Avaliação da Dor (Escala Qualitativa da Dor)									
Escala		Avaliação							
Escala Qualitativa <table border="1"><tr><td>Sem Dor</td><td>Dor Ligeira</td><td>Dor Moderada</td><td>Dor Intensa</td><td>Dor Máxima</td></tr></table>		Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima	Inicial (21/05/2025)	Intermédia (04/06/2025)	Final (18/06/2025)
		Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima			
Dor Moderada (Membro Inferior Esquerdo)	Dor Ligeira (Membro Inferior Esquerdo)	Dor Ligeira (Membro Inferior Esquerdo)							

Fonte: Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. Dor como 5º Sinal Vital- Registo sistemático da intensidade da Dor. Disponível em <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 V | AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR- ESCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL MODIFICADA - SR. N.

Avaliação da Força Muscular- Escala Medical Research Council modificada				
Articulação	Movimento	Avaliação		
		21/05/2025	04/06/2025	18/06/2025
Coxo-femoral (MIE)	Flexão	3	3	4
	Extensão	3	4	4
	Abdução	3	4	4
	Adução	3	3	4
	Rotação interna	3	3	4
	Rotação externa	3	3	4
Joelho (MIE)	Flexão	3	3	4
	Extensão	3	3	4
Tibio-társica (MIE)	Flexão	3	4	4
	Extensão	3	3	4
	Inversão	3	3	4
	Eversão	3	3	4

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

APÊNDICE VI | AVALIAÇÃO GONIOMETRIA - SR. N.

Avaliação Goniometria (c/ goniómetro)				
Articulação	Movimento	Amplitude (°)		
		21/05/2025	04/06/2025	18/06/2025
Coxo-femoral (MIE)	Flexão	41°	52°	75°
	Extensão	0°	0°	0°
	Abdução	21°	34°	40°
	Adução	10°	14°	15°
	Rotação interna	22°	31°	35°
	Rotação externa	19°	28°	30°
Joelho (MIE)	Flexão	47°	86°	124°
	Extensão	0°	0°	0°
Tibio-társica (MIE)	Flexão	5°	10°	10°
	Extensão	0°	20°	31°

APÊNDICE VII | AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO - ESCALA DE BERG - SR. N.

Avaliação do Equilíbrio- Escala de Berg				
Score	Descrição dos Itens	Avaliação		
		21/05/2025	04/06/2025	18/06/2025
	1. Da posição de sentado para a posição de pé	0	0	1
4	Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma			
3	Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos			
2	Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas			
1	Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável			
0	Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar			
	2. Ficar em pé sem apoio	0	0	0
4	Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos			
3	Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão			
2	Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos			
1	Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos			
0	Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda			
	3. Senta-se com as costas desapoimadas, mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco	0	1	2
4	Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos			
3	Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão			
2	Mantém-se sentado durante 30 segundos			
1	Mantém-se sentado durante 10 segundos			
0	Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos			
	4. Da posição de pé para a posição de sentado	0	0	0
4	Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos			
3	Ao sentar-se recorre às mãos			

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

2	Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida			
1	Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida			
0	Necessita de ajuda para se sentar			
5. Transferências		0	0	0
4	Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos			
3	Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos			
2	Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ ou supervisão			
1	Necessita de ajuda de uma pessoa			
0	Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança			
6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados		0	0	0
4	Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos			
3	Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão			
2	Consegue manter-se em pé durante 3 segundos			
1	Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável			
0	Necessita de ajuda para evitar a queda			
7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos		0	1	1
4	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto			
3	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão			
2	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos			
1	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos			
0	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas não consegue mantê-la durante 15 segundos			

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

	8. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé	0	0	0
4	Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante			
3	Consegue inclinar-se mais de 12cm para a frente, com segurança			
2	Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança			
1	Inclina-se para a frente, mas necessita de supervisão			
0	Perde o equilíbrio durante as tentativas/ necessita de apoio externo			
	9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé	0	0	0
4	Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança			
3	Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão			
2	Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma			
1	Não consegue apanhar o chinelo e necessita de supervisão enquanto tenta			
0	Não consegue tentar/ necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda			
	10. Virarse para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé	0	0	0
4	Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso			
3	Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir peso			
2	Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio			
1	Necessita de supervisão ao virar			
0	Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda			
	11. Dar uma volta de 360 graus	0	0	0
4	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos			
3	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em segundos ou menos			

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

2	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente			
1	Necessita de supervisão ou de indicações verbais			
0	Necessita de ajuda enquanto dá a volta			
	12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio	0	0	0
4	Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos			
3	Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos			
2	Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão			
1	Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda			
0	Necessita de ajuda para evitar a queda/ não consegue tentar			
	13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro	0	0	0
4	Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos			
3	Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos			
2	Consegue dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos			
1	Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos			
0	Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé			
	14. Permanecer em pé sobre uma perna	0	1	1
4	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos			
3	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos			
2	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos			
1	Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3			

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

	segundos, embora permaneça em pé independentemente			
0	Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			
Score Total (0- 56)		0 (Equilíbrio diminuído/ elevado risco de queda)	3 (Equilíbrio diminuído/ elevado risco de queda)	5 (Equilíbrio diminuído/ elevado risco de queda)

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.

APÊNDICE VIII | ÍNDICE DE BARTHEL - SR. N.

Índice de Barthel				
Score	Atividade	Avaliação		
		21/05/2025	04/06/2025	18/06/2025
1. Alimentação				
10	Independente			
5	Precisa de alguma ajuda (Por exemplo para cortar alimentos)			X
0	Dependente	X	X	
2. Transferências				
15	Independente			
10	Precisa de alguma ajuda			
5	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se			X
0	Dependente, não tem equilíbrio sentado	X	X	
3. Toalete				
5	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes			
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	X	X	X
4. Utilização do WC				
10	Independente			
5	Precisa de alguma ajuda			
0	Dependente	X	X	X
5. Banho				
5	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)			
0	Dependente, necessita de alguma ajuda	X	X	X
6. Mobilidade				
15	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)			
10	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda			
5	Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas			
0	Imóvel	X	X	X
7. Subir e Descer Escadas				
10	Independente, com ou sem ajudas técnicas			
5	Precisa de ajuda			
0	Dependente	X	X	X
8. Vestir				
10	Independente			
5	Com ajuda		X	X
0	Impossível	X		

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

9. Controlo Intestinal				
10	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar			
5	Acidente ocasional			
0	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	X	X	X
10. Controlo Urinário				
10	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho			
5	Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)			
0	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	X	X	X
Score Total (0- 100)		0 (Dependência Total)	5 (Dependência Total)	15 (Dependência Total)

Fonte: Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>.

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

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

ANEXOS

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

54

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

ANEXO I | CARE CHECK-LIST

CARE CASE REPORT GUIDELINES

CARE Checklist of information to include when writing a case report

CC BY-NC-ND

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 with references	_____
	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"/>

Márcia Correia Ribeiro- junho 2025- Atlântica

APÊNDICE XIII

Relato de Caso Clínico do Estágio Profissionalizante



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

2º Ano- 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante

Relato de Caso Clínico

A pessoa com Lesão Vertebro-Medular: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Elaborado por

Márcia Ribeiro (N.º Estudante: ██████████)

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

A pessoa com Lesão Vertebro-Medular: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Elaborado por

Márcia Ribeiro (N.º Estudante: ██████████)

Docente Orientadora

Joana Marques

Enfermeira Supervisora

██████████

Barcarena,

novembro 2025

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste Relato de Caso Clínico.

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

LISTA DE ABREVIATURAS

ASIA- *American Spinal Injury Association*

AVD- Atividades de Vida Diárias

CR- Centro de Reabilitação

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESSATLA- Escola Superior de Saúde Atlântica

LVM- Lesão vertebro-medular

MI- Membro Inferior

MIF- Medida da Independência Funcional

MRC- *Medical Research Council*

RCC- Relato de Caso Clínico

RNAO- *Registered Nurses' Association of Ontario*

TCE- Traumatismo cranioencefálico

UC- Unidade Curricular

RESUMO

Introdução: A lesão vertebro-medular é considerada um evento neurológico crítico com alterações significativas na vida da pessoa, sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume responsabilidade no processo de reabilitação, destacando intervenções centradas na reabilitação funcional, autonomia, inclusão social e apoio emocional, visando promover o autocuidado, qualidade de vida e reintegração favorável na comunidade.

Objetivo: Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com lesão vertebro-medular.

Metodologia: Análise descritiva de uma situação clínica experienciada, fundamentada com pesquisa de informação em literatura científica, com base na *Checklist CARE do Equator*.

Resultados: O plano de Enfermagem de Reabilitação traduz ganhos ao nível de movimento muscular, equilíbrio corporal, transferir-se e do autocontrolo: eliminação urinária. No entanto, verifica-se a necessidade de desenvolver conhecimentos e capacidades na promoção dos autocuidados no decorrer do plano de reabilitação.

Discussão: As intervenções delineadas promovem a autonomia, funcionalidade, autocuidado e a inclusão social, sendo que a aceitação do estado de saúde atual demonstrou impacto nos resultados obtidos.

Conclusão: A responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação traduziu-se na aquisição de conhecimentos e capacidades para promoção da independência e autonomia, refletindo-se assim na melhoria da qualidade de vida.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação, Autocuidado, Lesão Vertebro-Medular, Relato de Caso

ABSTRACT

Introduction: Spinal cord injury is considered a critical neurological event with significant changes in a person's life, and the Rehabilitation Nurse assumes responsibility in the rehabilitation process, highlighting interventions focused on functional rehabilitation, autonomy, social inclusion, and emotional support, aiming to promote self-care, quality of life, and favourable reintegration into the community.

Objective: To describe the interventions of the Rehabilitation Nurse with people with spinal cord injury.

Methodology: Descriptive analysis of an experienced clinical situation, based on research of information in scientific literature, using the Equator CARE Checklist.

Results: The Rehabilitation Nursing plan translates into gains in muscle movement, body balance, transfer and self-control: urinary elimination. However, there is a need to develop knowledge and skills in promoting self-care during the rehabilitation plan.

Discussion: The interventions outlined promote autonomy, functionality, self-care and social inclusion, and acceptance of the current state of health has had an impact on the results obtained.

Conclusion: The responsibility of the Rehabilitation Nurse resulted in the acquisition of knowledge and skills to promote independence and autonomy, thus reflecting an improvement in quality of life.

Descriptors: Rehabilitation Nursing, Self-Care, Spinal Cord Injury, Case Report

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. MATERIAIS E MÉTODOS	14
1.1. Apresentação do Caso Clínico	16
2. RESULTADOS	23
3. DISCUSSÃO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
APÊNDICES	35
APÊNDICE I CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO	36
APÊNDICE II PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA	38
APÊNDICE III REFERENCIAIS TEÓRICOS E A PESSOA NA PARCERIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	40
APÊNDICE IV DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	41
APÊNDICE V AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	43
APÊNDICE VI DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	47
APÊNDICE VII ESCALA NUMÉRICA DA DOR	51
APÊNDICE VIII ESCALA <i>MEDICAL RESEARCH COUNCIL</i> MODIFICADA	52
APÊNDICE IX ESCALA ASIA	53
APÊNDICE X ESCALA DE EQUILÍBRIO DE <i>BERG</i>	56
APÊNDICE XI ESCALA DE QUEDAS DE MORSE	61
APÊNDICE XII ESCALA DE MEDIDA DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	63
ANEXOS	65
ANEXO I <i>CARE CHECK-LIST</i>	66
ANEXO II GUIÃO ENTREVISTA	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Referenciais teóricos e a pessoa na parceria de cuidados de Enfermagem.....	40
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Focos, Diagnósticos e Intervenções de ER.....	17
Tabela 2. Resultados obtidos no Plano de Intervenção de ER.....	23
Tabela 3. Prescrição terapêutica.....	43
Tabela 4. Diagnóstico de Enfermagem: Aceitação do estado de saúde.....	48

INTRODUÇÃO

No decorrer da presente Unidade Curricular (UC): Estágio Profissionalizante, inserida no 2.º Ano (1.º Semestre) da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA) foi delineado a elaboração de um Relato de Caso Clínico (RCC), intitulado como: “A pessoa com Lesão Vertebro-Medular: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação”. A seleção deste tema está relacionada com a identificação da necessidade pessoal em aprofundar os conhecimentos científicos fundamentais para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), com ênfase no processo de cuidados na área neurológica. A investigação em Enfermagem compreende a abordagem de metodologias científicas que conduzem à investigação de um objeto de estudo ou à sua expansão, dando origem a conhecimentos teóricos sólidos e robustos que conduzem a disciplina de Enfermagem a uma disciplina científica (Apóstolo, 2024). A pessoa que sofre uma lesão subitamente, como é o caso do Traumatismo cranioencefálico (TCE) e a Lesão Vertebro-medular (LVM), vivencia um período de transição desde os cuidados de emergência prestados no imediato, até à reabilitação em contexto hospitalar antes do regresso ao domicílio/ comunidade, sendo que em muitos casos a pessoa sente-se incapacitada em vários domínios- físico, social, emocional e cognitivo (Price et al., 2024). Importa definir que a LVM é um síndrome neurológico considerado como uma alteração do normal funcionamento da medula espinal a nível motor, sensitivo e/ ou autónomo, com repercussões físicas, psíquicas e sociais (Dantas et al., 2012; Xavier et al., 2024). É considerado um evento catastrófico que conduz a mudanças de vida, afetando grave e frequentemente as capacidades e funções, sendo que a sua etiologia varia entre países, etnias, idade e género, e pode ser de causa traumática (como por exemplo, devido a acidentes de viação, ferimentos por arma de fogo ou quedas) e não traumática (tumores, doenças infecciosas, vasculares e degenerativas) (Miranda et al., 2020; Sousa et al., 2022; Tholl et al., 2020).

Para determinar o nível/ extensão da lesão existe um exame (escala) que envolve a avaliação da função motora e sensitiva, designada por *American Spinal Injury Association (ASIA)*, classificando o tipo de lesão (completa ou incompleta) e determinando o nível de neurológico (Henriques & Fumincelli, 2016). O facto da LVM poder afetar todas as estruturas do canal medular (medula, cone medular e cauda equina), conduz a alterações que se manifestam em paralisia e parésia dos membros, alteração do tónus muscular, alteração dos reflexos superficiais e profundos, alteração/ perda de sensibilidade (tátil, dolorosa, por pressão, vibratória, proprioceptiva), perda do controlo de esfíncteres (urinário e intestinal), disfunção sexual, entre

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

outras (Xavier et al., 2024). Assim, pode verificar-se que estas consequências conduzem a sequelas das funções mentais, sensoriais/ dor, funções do aparelho cardiovascular e respiratório, do aparelho geniturinário e sexual e alterações das funções neuromusculares (relacionadas com o movimento muscular), sendo que a recuperação destas funções pode ser completa, poderá não haver uma recuperação total ou a sequela ser permanente (Dantas et al., 2012; Dülgeroğlu et al., 2021). No que diz respeito a complicações clínicas secundárias à LVM, é de extrema importância referir a ocorrência da disreflexia autonómica, que poderá ocorrer em indivíduos com lesão acima de T6 e, devido a estímulos nociceptivos ou viscerais abaixo do nível de lesão (Clares et al., 2021). Esta resposta anómala do sistema nervoso autónomo e emergência médica, é desencadeada por estímulos que poderão estar relacionados, entre outros, com a distensão vesical e abdominal, lesões da pele, infeções ou estímulos externos, com sinais/sintomas como hipertensão, bradicardia, cefaleia intensa, náuseas, palidez cutânea, sudorese profunda, rubor cutâneo e dilatação das pupilas (midriase) (Clares et al., 2021; Henriques & Fumincelli, 2016).

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde, a incidência global é de 40 a 80 novos casos por milhão de habitantes anualmente, o que significa que mundialmente existem entre 250 000 e 500 000 de pessoas portadoras de LVM (Sousa et al., 2022). A ocorrência de uma LVM é um evento disruptivo mencionado como uma deficiência física que acarreta alterações na funcionalidade, na realização das atividades de vida diárias (AVD) e, por conseguinte, na qualidade de vida da pessoa/ prestador de cuidados (Pereira et al., 2024). Assim, e tendo em consideração que a LVM se traduz num evento transformador da vida da pessoa é necessário que a mesma se envolva no processo de reabilitação de forma a adaptar-se à sua situação atual e às condições de vida futuras, ajustando a forma como vão vivenciar as experiências face aos hábitos pré-lesão e a limitações atuais que conduzem a alterações no estilo de vida (Dantas et al., 2012; Price et al., 2024; Steensgaard et al., 2022). Tal como referem Steensgaard et al. (2022), a comunicação estabelecida entre o Enfermeiro e a pessoa é essencial e facilita a inclusão e a participação da mesma no processo de reabilitação, sendo fundamental a inclusão da perspetiva da pessoa neste processo de transição saúde-doença, estando assim a equipa de Enfermagem disponível para compreender e apoiar a pessoa face ao seu plano de reabilitação. Assim, é importante prestar cuidados de Enfermagem sensíveis à vontade e motivação das pessoas durante o período de recuperação desta tipologia de eventos, proporcionando assim um conjunto de metas estabelecidas e um processo de tomada de decisão partilhada (Steensgaard et al., 2022). Entre uma equipa multidisciplinar, os Enfermeiros possuem uma responsabilidade de destaque no processo reabilitação das pessoas com LVM, sendo responsáveis na elaboração

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

11

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

de diagnósticos tendo por base as respostas humanas da pessoa e um raciocínio crítico, implementando assim intervenções que resultem na promoção de saúde (Clares et al., 2021). Deste modo, e tal como é referido no Regulamento Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), uma das unidades de competência relaciona-se com a conceção de planos de intervenção pelo EEER com o foco na promoção de capacidades da pessoa, de modo a que possua autocontrolo e autocuidado no processo de saúde-doença que vivencia, implementando as devidas intervenções e, posteriormente, procedendo à avaliação de resultados, com o objetivo de manter ou recuperar a independência nas AVD e promover a dignidade e qualidade de vida. Sendo que a qualidade de vida da pessoa com LVM está relacionada com a realização das AVD e a reintegração no seu ambiente, a responsabilidade do EEER visa a execução dessas mesmas atividades da forma mais independente possível e a participação social dessas pessoas com deficiência adquirida, destacando-se a importância de ensinar, instruir e treinar a pessoa/ prestador de cuidados para a realização dos autocuidados da pessoa (Pereira et al., 2020; Tholl et al., 2020). Assim, estes profissionais acrescentam benefícios ao processo de reabilitação da pessoa, não só na estimulação de capacidades funcionais/ independência funcional, mas também ao nível da autonomia individual, proporcionando assim a recuperação da condição prévia à lesão (Pereira et al., 2020; Tholl et al., 2020). Como refere Ryan e Pullin (2024), a capacidade de criatividade e flexibilidade dos cuidados prestados pelo EEER no seio de uma equipa multidisciplinar qualificada e especializada, proporciona o foco na promoção do autocuidado, prevenção de complicações e maximização das capacidades remanescentes (Ryan & Pullin, 2024; Sousa et al., 2022). Estes assumem assim uma posição estratégica para o desenvolvimento de planos de intervenção individualizada, com aquisição de competências de avaliação, planeamento e implementação de cuidados, tendo a possibilidade de estabelecer relações terapêuticas e de confiança com a pessoa/ prestadores de cuidados num contexto de vulnerabilidade e respostas emocionais complexas (Pereira et al., 2020). Destarte, a equipa multidisciplinar, em especial o Enfermeiro, deverá estar desperto para proporcionar o apoio emocional à pessoa/ prestador de cuidados que enfrentam uma nova situação de vida e um processo de reabilitação (Clares et al., 2021). Segundo Xavier et al. (2024), a pessoa com LVM não sofre impacto apenas a nível físico, passando também por diversas fases comportamentais (choque, negação, reconhecimento da situação e adaptação), em que é necessário um acompanhamento psicológico, compreensão e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, de forma a lidar com a vulnerabilidade, preconceitos, sofrimento, tristeza, ansiedade, frustrações, entre outros. Numa fase pós-lesão, a

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

pessoa com LVM demonstra-se vulnerável ao diagnóstico de depressão, ansiedade, e *stress* pós-traumático, enfrentando uma condição na saúde mental que poderá interferir no processo de reabilitação, sendo necessário adotar várias estratégias por parte dos Enfermeiros, enquanto elementos-chave no plano de reabilitação, como por exemplo, o planeamento da alta/ regresso a casa (Sousa et al., 2022). Neste âmbito, é imprescindível a inclusão das pessoas com este tipo de deficiência adquirida na sociedade, pelo que deverá ser uma área de intervenção de Enfermagem, permitindo assim a sua participação social, o envolvimento da família e a criação de redes de apoio e, consequentemente, a reintegração da pessoa na esfera familiar e social (Clares et al., 2021). Assim, a inclusão social da pessoa com deficiência adquirida, tem como premissa a consideração das respostas humanas para o planeamento da alta na transição de cuidados, sendo fundamental o ensino, instrução e treino da pessoa/ prestador de cuidados na continuidade dos mesmos, fomentando a autonomia e a qualidade de vida (Pereira et al., 2020). Posto isto, o regresso a casa é uma etapa significativa que pressupõe a capacitação do prestador de cuidados através da sua inclusão e participação nos cuidados desde a fase prévia do internamento, considerando as suas expectativas (Sousa et al., 2022).

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) com a pessoa com LVM deverão ter por base focos e diagnósticos de Enfermagem elaborados a partir de pesquisas e dados científicos, referenciais teóricos de Enfermagem e linguagem padronizada, contribuindo assim para uma prática especializada, individualizada, sistematizada e resolutive (Clares et al., 2021). Assim, foi definida a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Lesão Vertebro-Medular?”. O objetivo geral do estudo consiste em descrever as intervenções do EEER junto da pessoa com LVM. Em relação aos objetivos específicos delineados, são os seguintes: Identificar as respostas humanas comprometidas na pessoa com LVM; desenvolver um plano de cuidados com base nos principais focos de ER; avaliar o impacto das intervenções de ER no decorrer do internamento da pessoa com LVM.

O presente trabalho académico está organizado segundo a seguinte estrutura: introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, considerações finais, referências bibliográficas, apêndices e anexo. Importa referir que o desenvolvimento do mesmo, tem por base o Guia Orientador de Estágio Profissionalizante (Escola Superior de Saúde Atlântica, 2025) e o Guia para a elaboração de trabalhos escritos da ESSATLA (Escola Superior de Saúde Atlântica, 2022). Relativamente às referências bibliográficas, baseiam-se na 7.ª Edição das Normas A.P.A. (*American Psychological Association*) (Lopes, 2021) e, segundo a orientação do Guia para a elaboração de trabalhos escritos da ESSATLA (Escola Superior de Saúde Atlântica, 2022).

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Um Relato de Caso consiste na descrição de um problema de saúde vivenciado por uma ou mais pessoas, para fins clínicos, científicos ou educacionais, apresentando situações clínicas experienciadas em prestação de cuidados, proporcionando assim um método de aprendizagem para educação em saúde (Gagnier et al., 2013). O presente RCC consiste neste tipo de estudo e tem na sua base a *Checklist CARE* do *Equator* (Anexo I), que permite a sistematização de informações com vista à transparência dos casos clínicos publicados, promovendo a eficácia e a melhoria dos cuidados de saúde (Gagnier et al., 2013). A recolha de dados para o estudo foi realizada por meio de uma entrevista estruturada (Anexo II) à pessoa e à prestadora de cuidados, exame físico, observação e consulta do processo clínico da pessoa em estudo. É de extrema importância referir que foram garantidos o anonimato/ confidencialidade dos dados, tendo sido elaborado anteriormente um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice I), de acordo com o pedido efetuado à Comissão de Ética da ESSATLA (Apêndice II). Deste modo, a pessoa é mencionada no RCC como a Sr.ª L. O RCC apresentou uma fundamentação teórica tendo por base uma pesquisa científica com os seguintes descritores/ palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Autocuidado, Lesão Vertebral-Medular, Relato de Caso. Posteriormente, a pesquisa foi efetuada na base de dados *SciELO*, *EBSCO Host* (*Medline*, *CINAHL* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*), *PubMed* e pesquisa de literatura cinzenta na plataforma *Google Scholar*.

Segundo Pereira et al. (2020), a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa com deficiência deverá estar suportada numa prática baseada em evidência científica alicerçada a referenciais teóricos que permitam fornecer orientações para os cuidados de Enfermagem. Neste sentido, as mudanças que podem ocorrer em situações de saúde/ doença, são experiências únicas e individuais face às respostas humanas da pessoa/ família, pelo que a compreensão desta natureza nas suas diferentes fases (antes, durante e depois da situação) facilita e apoia a pessoa numa transição mais saudável, sendo este o objetivo da Teoria das Transições de *Afaf Meleis* (Smith & Parker, 2010). Assim, verificam-se vários tipos de transições, entre as quais: Desenvolvimentais (relacionadas com as diversas fases da vida); Situacionais (mudanças com repostas a determinados papéis/ situações); Organizacionais (mudanças institucionais/ políticas), sendo que todas são caracterizadas por mudança (evento externo) e transição. Esta última é considerada como uma passagem dinâmica entre um estado estável para outro a partir de uma mudança, sendo qualificada pelo processo ou pelo resultado (Sousa et al., 2020).

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

14

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

Existem prioridades comuns que descrevem como se vive uma transição: consciência, tempo, processo, envolvimento e pontos críticos, incluindo assim aspetos cruciais das experiências de vida de cada pessoa, promovendo respostas saudáveis e reduzindo riscos em momentos críticos (Cancino- Jiménez et al., 2024). Tal como é referido pela *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO), a ideia central de incluir a pessoa na parceria de cuidados e, neste caso tendo em consideração a experiência de cada pessoa perante uma transição, assenta na tomada de decisão partilhada profissional- pessoa, de forma que a pessoa tenha a possibilidade de tomar decisões informadas acerca dos cuidados. Destaca-se a importância do relacionamento terapêutico ser centrado na pessoa, compartilhando informações sobre os planos de intervenção/ atividades estabelecidas, por meio da melhor evidência científica, considerando as suas preferências/ respostas humanas (RNAO, 2025). Por sua vez, o referencial teórico *Fundamentals of Care Conceptual Framework*, tem como conceito chave a capacidade do enfermeiro manter uma relação com a pessoa, atendendo assim às suas respostas humanas fundamentais para os cuidados prestados de forma integrada (Kitson et al., 2013). A sua estrutura é baseada em evidências científicas que explicam o cuidado fundamental centrado na pessoa em qualquer ambiente e com qualquer parceiro de cuidados, destacando assim: a relação terapêutica estabelecida (importância do Enfermeiro estabelecer uma relação de confiança com a pessoa/ família); a integração de cuidados fundamentais, ou seja, incluir as respostas humanas físicas e psicossociais e, por fim, o contexto dos cuidados, nomeadamente, os fatores ambientais e situacionais que influenciam o cuidado (Kaldal et al., 2025; Muntlin et al., 2023). O foco do referencial teórico mencionado relaciona-se com o facto de permitir que o Enfermeiro e a pessoa realizem em parceria uma avaliação das respostas humanas, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados, com confiança e competência (Kitson et al., 2013). O EEER deve ter especial atenção ao modo como a pessoa se apresenta, tendo em consideração a nova condição de saúde, compreendendo a forma como a pessoa se consciencializou sobre a mudança e as diferenças impostas pela mesma, sendo esta uma premissa para uma transição saudável (Ribeiro et al., 2021). Deste modo, elaborei um esquema tendo por base os referenciais teóricos/ teórica acima mencionados e a pessoa na parceria de cuidados de ER (Apêndice III).

Assim, de modo a evidenciar os resultados obtidos, decorrentes das respostas humanas da pessoa às transições vivenciadas, é imprescindível o recurso a instrumentos de avaliação validados, que permitam monitorizar ganhos em saúde e produzir indicadores sensíveis aos cuidados de ER, com base em propriedades psicométricas, nomeadamente, validade, reprodutibilidade e responsividade (Ordem dos Enfermeiros, 2016, 2018; Sousa et al., 2016). O RCC apresenta

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

15

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

vários instrumentos de avaliação utilizados: Escala *Medical Research Council* (MRC) modificada (avalia a força muscular entre 0- sem contração muscular e 5- força normal) (Ordem dos Enfermeiros, 2020); Escola Numérica da Dor (avalia a intensidade da dor de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima)) (Direção-Geral da Saúde, 2003); Escala ASIA (avalia o grau de LVM em 5 níveis: “A” -lesão completa; “B” - lesão sensorial incompleta; “C” - lesão motora incompleta com grau de força < 3; “D” - lesão motora incompleta com grau de força ≥ 3 e “E” - função motora e sensitiva normal) (Rupp et al., 2019); Escala de Equilíbrio de *Berg* (avalia o equilíbrio com base me 14 tarefas, com pontuação entre 0 e 56 pontos- até 20 (diminuição de equilíbrio); 21-40 (equilíbrio aceitável) e 41-56 (bom equilíbrio)) (Paiva, 2016); Escala de Medida da Independência Funcional (MIF) (avalia o grau de independência com base em 18 itens- *score* 18 (dependência total) e 126 (independência total)) (Direção- Geral da Saúde, 2011) e a Escala de Quedas de Morse (determina o risco de queda: *score* até 24: sem risco; 25–50: baixo risco; >51: alto risco) (Direção- Geral da Saúde, 2019) (Apêndice IV). É de salientar que posteriormente à avaliação inicial realizada no dia da admissão no serviço (D0- 11/09/2025), foram realizadas mais duas avaliações: intermédia (D28- 09/10/2025) e final (D51- 01/11/2025). Assim, foram identificados os focos e elaborados os diagnósticos de ER com base na linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER e na Ontologia em Enfermagem.

1.1. Apresentação do Caso Clínico

No dia 15/04/2025, a Sr.ª L. de 75 anos de idade, foi vítima de atropelamento por viatura ligeira do qual resultou: TCE sem sinais de fratura; fratura de arcos costais posteriores e anteriores; fratura do ramo isquio púbico do ilíaco direito; fratura do acetábulo direito; fratura exposta do tornozelo direito, com necessidade de intervenção cirúrgica para fixação de D3-D7 e laminectomia D5-D6 e redução e osteossíntese com cavilha por fratura distal dos ossos da perna direita. Permaneceu internada na unidade até dia 11/09/2025, sendo transferida nesse mesmo dia para o Centro de Reabilitação (CR), com diagnóstico clínico de LVM traumática. Assim, foi realizada a Avaliação Inicial de ER e colheita de dados à chegada ao serviço, pelo Enfermeiro Responsável com a Sr.ª L. e a filha. (Apêndice V). Foram definidos os principais focos de atenção de ER com as respetivas intervenções de ER (Tabela 1), de forma a conceber, implementar e monitorizar as intervenções especializadas com o foco de melhorar a qualidade de vida da pessoa, bem como a sua reintegração no meio em que estava inserida previamente (Regulamento n.º 392/2019). Importa referir que o plano de cuidados de ER é complementado com um foco que não é específico de ER, a aceitação do estado de saúde (Apêndice VI).

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

Tabela 1. Focos, Diagnósticos e Intervenções de ER

Dados: Força- contração muscular; Mobilidade articular. Objetivo: Determinar a evolução da força muscular da Sr.ª L. Instrumentos de avaliação utilizados: Escala Numérica da Dor; Escala MRC modificada; Escala ASIA		
FOCOS DE ATENÇÃO PARA ER	DIAGNÓSTICOS DE ER	INTERVENÇÕES DE ER
Movimento Muscular	Movimento Muscular Diminuído (MI direito e esquerdo)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar dor (Escala Numérica da Dor) (Apêndice VII); - Monitorizar/ Avaliar progressão da força muscular através de escala (Escala MRC modificada) (Apêndice VIII); - Avaliar função motora e sensitiva (nível neurológico da lesão) através de Escala ASIA (Apêndice IX); - Executar técnicas de exercício muscular e articular passivo/ ativo-assistido com enfoque na flexão/ extensão da articulação tibiotársica, flexão/ extensão do joelho, flexão/ extensão da coxofemoral, adução/abdução da coxofemoral, rotação interna e externa da coxofemoral (conforme tolerância da Sr.ª L. - limite dor e da articulação); - Supervisionar técnica de exercício muscular e articular durante as sessões; - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos entre cada sessão (Ex.: autocobilizações; exercícios isométricos para fortalecimento dos músculos abdominais, glúteos, quadríceps e isquiotibiais; exercícios da ponte; exercícios de rolamentos no leito; transferências leito/ cadeira de rodas; exercícios push-up na cadeira de rodas; mesa de verticalização);
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento da Sr.ª L. sobre técnicas de exercício muscular e articular (através do questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)), - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular à Sr.ª L. (Ex.: exercícios isométricos, exercícios ativo-assistidos);

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

	Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade da Sr.ª L. para executar técnicas de exercício muscular e articular (Ex.: Solicitar à Sr.ª L. a para executar determinada técnica/ exercício); - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular da Sr.ª L. (referidas anteriormente); - Treinar técnicas de exercício muscular e articular (referidas anteriormente); - Incentivar o treino de técnicas de exercício muscular entre sessões de ER.
Prescrição: 2 séries, 10 repetições, 2xDia (manhã e tarde), com progressão conforme tolerância.		
<p>Dados: Controlo postural sentado; Conhecimento sobre prevenção de quedas; Adoção de medidas de prevenção de quedas; Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio; Capacidade para treinar o equilíbrio; Autoeficácia para treinar o equilíbrio</p> <p>Objetivo: Determinar evolução do equilíbrio estático e dinâmico; Melhorar equilíbrio estático e dinâmico; Prevenir quedas; Promover autogestão; prevenção de quedas; Promover adesão; treino de equilíbrio estático e dinâmico.</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados: Escala de Berg; Escala MIF; Escala de Quedas de Morse.</p>		
FOCOS DE ATENÇÃO PARA ER	DIAGNÓSTICOS DE ER	INTERVENÇÕES DE ER
Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg (Apêndice X); - Avaliar risco de queda (Escala de Quedas de Morse) (Apêndice XI); - Gerir ambiente para prevenção de quedas durante o treino de equilíbrio (Ex.: ambiente envolvente seguro na realização de exercícios- luminosidade, ausência de obstáculos); - Avaliar nível de dependência da Sr.ª L. (através da Escala MIF) (Apêndice XII); - Executar técnica de treino de equilíbrio (Ex.: exercícios de coordenação de movimentos no leito; treino de vestir-se/ despir-se no leito; alternância de carga nos membros superiores; inclinação lateral do tronco na cadeira de rodas; exercício do avião na cadeira de rodas; exercício de push up na cadeira de rodas; flexão anterior do tronco e flexão do tronco combinado numa fase mais avançada; inclinação posterior do tronco);

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2023- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

		<ul style="list-style-type: none"> - Planejar a execução de atividades que promovam o treino de equilíbrio (Ex.: treino de vestir-se/ despir-se na posição de sentado no leito/ cadeira de rodas); - Avaliar equilíbrio corporal (equilíbrio presente, equilíbrio diminuído ou sem equilíbrio- através da realização de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e em pé nos exemplos de exercícios referidos no ponto anterior); - Estimular a manter o equilíbrio corporal (Ex.: incentivar à correção postural da Sr.^a L.);
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal, através do questionário adaptado de Moorhead et al. (2016); - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal (conforme exemplos de exercícios mencionados);
	Potencial para melhorar capacidade sobre técnica de equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal (Ex.: Solicitar à Sr.^a L. para repetir a realização dos exercícios/ técnica); - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal (mencionada anteriormente); - Treinar técnica de equilíbrio corporal (mencionada anteriormente);
<p>Prescrição: 2 séries de exercícios, 10 repetições cada série, diariamente, com progressão conforme tolerância.</p>		
<p>Dados: Consciencialização sobre compromisso no transferir-se; Consciencialização na relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se; Capacidade para transferir-se; Autoeficácia para transferir-se; Significado atribuído ao uso do dispositivo para transferir-se; Acesso a dispositivos face ao compromisso no transferir-se; Conhecimento sobre prevenção de quedas.</p> <p>Objetivo: Determinar evolução do transferir-se; Assegurar atividades de transferir-se; Promover autonomia para transferir-se; Prevenir quedas.</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados: Escala MIF; Escala de Quedas de Morse.</p>		
FOCOS DE ATENÇÃO PARA ER	DIAGNÓSTICOS DE ER	INTERVENÇÕES DE ER

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

Transferir-se	Potencial para melhorar o <u>conhecimento</u> sobre técnica de adaptação para transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar nível de dependência da Sr.ª L. (através da Escala MIF) (Apêndice XII); - Avaliar risco de queda (Escala de Quedas de Morse) (Apêndice XI); - Otimizar ambiente físico para prevenção de quedas (Ex.: luminosidade adequada, ausência de obstáculos); - Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se (através do questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se (Ex.: demonstração prática da técnica para transferir-se); - Incentivar a participação da Sr.ª L. na Unidade Terapêutica de AVD; - Incentivar o uso de dispositivos auxiliares para transferir-se (Ex.: cinto e tábuas de transferência);
	Potencial para melhorar <u>capacidade</u> para usar técnica de adaptação para transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se (Ex.: Proporcionar a observação da técnica de transferir-se pela Sr.ª L. e permitir que a mesma exponha as suas dúvidas/recios em relação à técnica); - Treinar técnica de adaptação para transferir-se (Ex.: Treinar posição de pé; realizar treino de transferência do leito para cadeira de rodas e da cadeira de rodas para o leito);
	Potencial para melhorar o <u>conhecimento</u> sobre dispositivo auxiliar para transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se (através do questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para transferir-se (Ex.: Explicar à Sr.ª L. a utilização de cada produto de apoio); - Providenciar material educativo (Ex.: Folhetos informativos sobre produtos de apoio);
	Potencial para melhorar <u>capacidade</u> para usar	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se; - Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para transferir-se (Ex.: Exemplificar a técnica de transferência com o dispositivo e a importância do mesmo);

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

	dispositivo auxiliar para transferir-se	- Treinar no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se (Ex: Transferência do leito para cadeira de rodas/ cadeira de banho sanitária);
	Potencial para melhorar <u>conhecimento</u> do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para o transferir-se	- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para transferir-se (através do questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para transferir-se (Ex: Identificar material de apoio útil para a Sr.ª L.- barras de apoio; tábuas de transferência; cinto de transferência);
Prescrição: Realizar transferências diariamente, pelo menos 2x Dia, aumentando progressivamente conforme tolerância da Sr.ª L.		
Dados: Reconhecimento da vontade de urinar; Conhecimento sobre planeamento da eliminação urinária; Capacidade para executar autocateterização vesical; Autoeficácia para executar autocateterização vesical; Conhecimento sobre planeamento da eliminação urinária. Objetivo: Promover eliminação urinária; Determinar evolução da eliminação urinária; Promover autocontrolo: incontinência urinária. Instrumentos de avaliação utilizados: Escala MIF.		
FOCOS DE ATENÇÃO PARA ER	DIAGNÓSTICOS DE ER	INTERVENÇÕES DE ER
Autocontrolo: continência urinária	Autocontrolo: continência urinária ineficaz	- Avaliar autocontrolo: continência urinária (Ex: perdas de urina; avaliação de volume residual); - Avaliar nível de dependência da Sr.ª L. (através da Escala MIF) (Apêndice XII); - Supervisionar autocontrolo: continência urinária; - Aconselhar eliminação urinária antes da participação em atividades e antes do sono; - Executar técnica de exercícios para o autocontrolo: continência urinária; - Monitorizar eliminação urinária (de acordo com intervalo de tempo prescrito- Ex: 4/4H); - Planear eliminação urinária (conforme intervalo de tempo prescrito); - Providenciar material educativo (Ex: folhetos informativos/ diário miccional); - Reforçar comportamentos com técnica de <i>feedback</i> (Ex: Elogios/ Reforço positivo);

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

Potencial para melhorar <u>conhecimento</u> sobre autocontrolo: continência urinária	- Avaliar conhecimento sobre autocontrolo: continência urinária/ exercícios musculares pélvicos/ técnica de estimulação urinária (através do questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar sobre autocontrolo: continência urinária/ exercícios musculares pélvicos/ técnica de estimulação da eliminação urinária (Ex.: Ensinos sobre ingestão hídrica, exercício de fortalecimento muscular- exercícios de Kegel, estimulação externa-aferecênciação);
Potencial para melhorar <u>capacidade</u> para o autocontrolo: continência urinária	- Avaliar capacidade para o autocontrolo: continência urinária; - Instruir sobre o autocontrolo: continência urinária (Ex.: Ensinos sobre ingestão hídrica, registo de líquidos ingeridos e eliminados, exercícios de estimulação externa); - Treinar o uso do autocontrolo: continência urinária (Ex.: Disponibilizar tempo para a Sr.ª L. realizar as atividades que promovem a eliminação urinária e expor dúvidas);
Potencial para melhorar <u>conhecimento</u> sobre técnica de autocateterização da bexiga	- Avaliar conhecimento sobre técnica de autocateterização da bexiga (através do questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar sobre técnica de autocateterização da bexiga (Ex.: Ensinos sobre componente anatómica, material necessário, procedimento);
Potencial para melhorar <u>capacidade</u> para executar técnica de autocateterização da bexiga	- Avaliar capacidade para executar técnica de autocateterização da bexiga; - Instruir sobre uso da técnica de autocateterização da bexiga (Ex.: Explicar procedimento e dar oportunidade da Sr.ª L. colocar questões/ dúvidas); - Treinar o uso da técnica de autocateterização da bexiga (Ex.: Proporcionar à Sr.ª L. o treino da técnica);
Potencial para melhorar <u>conhecimento</u> do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência urinária	- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência urinária (através do questionário adaptado de Moorhead et al. (2016)); - Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência urinária (Ex.: Algáliação intermitente, dispositivos contra perdas- penso absorvente);

2. RESULTADOS

O EEER promove a educação da pessoa/ prestador de cuidados através da continuidade de cuidados, preparando o momento da alta, de forma que a pessoa seja reintegrada no seu meio/ comunidade, minimizando o impacto das deficiências/ incapacidades (Regulamento n.º 392/2019). Deste modo, estão explanados os resultados obtidos após as intervenções planeadas do EEER com a pessoa/ prestador de cuidados (Tabela 2).

Tabela 2. Resultados obtidos no Plano de Intervenção de ER

<i>FOCO DE ATENÇÃO</i>	<i>Avaliação Inicial- D0 (11/09/2025)</i>	<i>Avaliação Intermédia- D28 (09/10/2025)</i>	<i>Avaliação Final- D51 (01/11/2025)</i>
Moviment e Muscular (MI Direito e Esquerdo)	Avaliação da Dor (Apêndice VII): Score 4; Avaliação MRC modificada (Apêndice VIII): MI Direito (Score entre 0 e 1); MI Esquerdo (Score 1 em todas as avaliações); Escala ASIA (Apêndice IX): Lesão Incompleta C; Conhecimento ¹ : Classificação 1; Início de ensinos sobre técnicas de exercício muscular/ articular; Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular: A Sr.ª L. apresenta potencial para melhorar a	Avaliação da Dor (Apêndice VII): Score 2; Avaliação MRC modificada (Apêndice VIII): MI Direito (Score entre 1 e 2); MI Esquerdo (Score entre 1 e 2); Conhecimento ¹ : Classificação 2; Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular: A Sr.ª L. apresenta melhoria na capacidade de execução de exercícios/ técnica. Prescrição de exercícios: A Sr.ª L. realizou 2 séries de 10 repetições dos exercícios mencionados, com tolerância.	Avaliação da Dor (Apêndice VII): Score 0; Avaliação MRC modificada (Apêndice VIII): MI Direito (Score entre 2 e 3); MI Esquerdo (Score entre 1 e 3); Escala ASIA (Apêndice IX): Lesão Incompleta C; Conhecimento ¹ : Classificação 3; Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular: A Sr.ª L. apresenta potencial para melhorar a capacidade, realizadas sessões de treino e instrução sobre exercícios/ técnica-

¹ Adaptado de: Mochhead 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

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

	<p>capacidade, realizadas sessões de treino e instrução sobre exercícios/ técnica.</p> <p>➤ Movimento Muscular Diminuído</p>	<p>➤ Movimento Muscular Diminuído</p>	<p>reforçada importância acerca da sua realização no internamento e no domicílio.</p> <p>Prescrição de exercícios: A Sr.ª L. realizou 2 séries de 15 repetições dos exercícios mencionados, com tolerância.</p> <p>➤ Movimento Muscular Diminuído</p>
Equilíbrio Corporal	<p>Avaliação da Escala de Berg (Apêndice X): Score 0- Equilíbrio Diminuído</p> <p>Avaliação da Escala de Quedas de Morse (Apêndice XI): Score 30- Baixo Risco de Queda;</p> <p>Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 30- Dependência modificada;</p> <p>Conhecimento²: Classificação 1-realizados ensinos sobre técnica e exercícios a adotar no plano de reabilitação da Sr.ª L., em relação à melhoria do equilíbrio corporal e da gestão de técnicas;</p> <p>Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal: A Sr.ª L. demonstra</p>	<p>Avaliação da Escala de Berg (Apêndice X): Score 2- Equilíbrio Diminuído</p> <p>Avaliação da Escala de Quedas de Morse (Apêndice XI): Score 40- Baixo Risco de Queda;</p> <p>Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 57- Dependência modificada;</p> <p>Conhecimento²: Classificação 3-realizados ensinos sobre técnica e exercícios a adotar no plano de reabilitação da Sr.ª L.;</p> <p>Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal: A Sr.ª L. demonstra capacidade para executar exercícios/ técnica.</p>	<p>Avaliação da Escala de Berg (Apêndice X): Score 4- Equilíbrio Diminuído</p> <p>Avaliação da Escala de Quedas de Morse (Apêndice XI): Score 50- Baixo Risco de Queda;</p> <p>Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 72- Dependência modificada;</p> <p>Conhecimento²: Classificação 5-reforçados ensinos sobre técnica e exercícios a adotar no plano de reabilitação da Sr.ª L.;</p> <p>Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal: A Sr.ª L. demonstra capacidade para executar exercícios/ técnica.</p> <p>Prescrição de exercícios: A Sr.ª L. realiza os exercícios mencionados nos ensinos</p>

² 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

	capacidade para executar exercícios/técnica. ➤ Equilíbrio Corporal Comprometido	Prescrição de exercícios: Nas sessões de ER até ao momento realizou 2 séries, de 10 repetições dos exercícios prescritos, com tolerância; nos exercícios realizados, a Sr. ^a L. apresenta equilíbrio estático estável na posição de sentada e equilíbrio dinâmico instável (colocado cinto na região abdominal na posição de sentada em cadeira de rodas para prevenção de quedas); Não foi testado o equilíbrio na posição de pé, sem tolerância. ➤ Equilíbrio Corporal Comprometido	realizados anteriormente, apresenta equilíbrio estável estático e dinâmico na posição de sentada. Tolerou 2 séries de 15 repetições, por sessão, com tolerância. Entre a avaliação intermédia e a final, tolerou exercício na posição de pé em mesa de verticalização (iniciou com período de 30 minutos, progredindo para 45 e 50 minutos- tolerância e estabilidade hemodinâmica). ➤ Equilíbrio Corporal Comprometido
Transferir-se	Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 39- Dependência modificada; Avaliação Escala de Quedas de Morse (Apêndice XI): Score 30- Baixo Risco; Conhecimento ³ : Classificação 1; Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se: a Sr. ^a L. apesar de necessitar de ajuda total, demonstra potencial para melhorar capacidade de transferir-se;	Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 57- Dependência modificada; Avaliação Escala de Quedas de Morse (Apêndice XI): Score 40- Baixo Risco; Conhecimento ³ : Classificação 3; Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se: a Sr. ^a L. apresenta melhoria na capacidade de executar técnica, com menor dependência de terceiros;	Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 72- Dependência modificada; Avaliação Escala de Quedas de Morse (Apêndice XI): Score 50- Baixo Risco; Conhecimento ³ : Classificação 4; Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se: a Sr. ^a L. apresenta melhoria contínua na capacidade para executar técnica de transferência, necessitando de ajuda moderada;

³ Adaptado de: Moorhead et al. (2016): Legenda do conhecimento sobre técnicas 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

	<p>Conhecimento⁴: Classificação 1; Capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se: Realizada instrução e treino - o Sr.^a L. apesar de necessitar de ajuda total, demonstra potencial para melhorar capacidade do uso de dispositivos; Conhecimento⁵: Classificação 1;</p>	<p>Conhecimento⁴: Classificação 3; Capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se: a Sr.^a L. apresenta capacidade melhorada, através do uso de tábua de transferência; Conhecimento⁵: Classificação 3- realizados ensinos à filha da Sr.^a L. na preparação para a alta e gestão de cuidados durante os fins de semana que a Sr.^a L. se desloque ao domicílio;</p>	<p>Conhecimento⁴: Classificação 4; Capacidade para usar dispositivo auxiliar: a Sr.^a L. realiza todas as transferências com o auxílio da tábua de transferência, nível de dependência melhorado; Conhecimento⁵: Classificação 5- a prestadora de cuidados auxilia a Sr.^a L. nas transferências no domicílio;</p>
<p>Autocontrolo: continência urinária</p>	<p>Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 39- Dependência modificada; Conhecimento⁶: Classificação 1; Capacidade para autocontrolo: continência urinária: A Sr.^a L. apresenta potencial para melhorar capacidade; Conhecimento⁷: Classificação 1;</p>	<p>Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 57- Dependência modificada; Conhecimento⁶: Classificação 1; Capacidade para autocontrolo: continência urinária: a Sr.^a L. mantém dificuldade sobre o treino vesical, pelo que foram reforçados os treinos diariamente; Conhecimento⁷: Classificação 1;</p>	<p>Avaliação Escala MIF (Apêndice XII): Score 72- Dependência modificada; Conhecimento⁶: Classificação 2; Capacidade para autocontrolo: continência urinária: instrução/ treino realizados no decorrer do internamento, tendo desenvolvido estratégias no autocontrolo; Conhecimento⁷: Classificação 1;</p>

⁴ Adaptado de: Moorhead et al. (2016): Legenda do conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

⁵ Adaptado de: Moorhead et al. (2016): Legenda do conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para transferir-se: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

⁶ Adaptado de: Moorhead et al. (2016): Legenda do conhecimento sobre autocontrolo: continência urinária: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

⁷ Adaptado de: Moorhead et al. (2016): Legenda sobre conhecimento da técnica de autocateterização da bexiga: 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>Capacidade para executar técnica de autocateterização da bexiga: a Sr.ª L. não apresenta capacidade para executar técnica; Conhecimento⁵ Classificação 1;</p> <p>A Sr.ª L. apresenta drenagem vesical contínua, aguarda realização de estudo urodinâmico.</p> <p>➤ Autocontrolo: continência urinária ineficaz</p>	<p>Capacidade para executar técnica de autocateterização da bexiga: a Sr.ª L. não apresenta capacidade para executar técnica; Conhecimento³ Classificação 1; A filha da Sr.ª L. não mostrou segurança nos ensinos realizados em demonstração prática acerca da técnica, não se mostrando disponível para realizar a técnica no domicílio em breve (próximos fins de semana no domicílio); A Sr.ª L. teve indicação clínica no dia 29/9 para micções espontâneas de 3/3H com avaliação de volume residual e monitorização de líquidos ingeridos/ eliminados e algália no período noturno- reforçados ensinos sobre técnica de esvaziamento vesical à Sr.ª L. e à filha.</p> <p>➤ Autocontrolo: continência urinária ineficaz</p>	<p>Capacidade para executar técnica de autocateterização da bexiga: a Sr.ª L. não apresenta capacidade para executar técnica; Conhecimento² Classificação 2;</p> <p>Indicação clínica para micções espontâneas de 4/4H, com registo de líquidos ingeridos/ eliminados e avaliação de volume residual pós-miccional A Sr.ª L. e a filha apresentam dificuldades no conhecimento/ capacidade para a técnica de esvaziamento vesical intermitente, reforçados ensinos junto das mesmas, com demonstração prática. Face à persistência destas dificuldades, a Sr.ª L. regressou ao domicílio durante dois fins de semana, tendo indicação clínica para algália permanente durante esse período, pelo que foram realizados ensinos à filha acerca dos cuidados a ter com o dispositivo urinário- não se registaram intercorrências.</p> <p>➤ Autocontrolo: continência urinária ineficaz</p>
--	---	---	---

* Adaptado de Moorhead et al. (2016): Legenda sobre conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para autocontrolo: continência urinária: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Conhecimento limitado; 3- Conhecimento moderado; 4- Conhecimento substancial; 5- Conhecimento vasto.

3. DISCUSSÃO

A intervenção do EEER na otimização da funcionalidade e na capacitação da pessoa com dependência funcional conduz à participação social e melhoria na qualidade de vida, sendo que estes resultados são possíveis através da conceção de planos de intervenção individualizados, com vista ao autocontrolo dos processos de transição saúde-doença, otimizando e/ou reeducando as funções nas áreas motora, sensorial e cognitiva (Pereira et al., 2024). A inclusão social perante este tipo de transição, deverá ter uma abordagem centrada na pessoa atendendo aos seus objetivos e ao próprio envolvimento no processo de reabilitação, tendo em vista alcançar, entre outros aspetos, a promoção da saúde, prevenção de complicações e satisfação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pereira et al., 2020). Tal como é referido pela Ordem dos Enfermeiros (2018), o impacto dos cuidados de ER deverá ser reconhecido pela pessoa face aos resultados obtidos e, em concordância com o que refere Benson (2023), torna-se fundamental a inclusão de medidas de resultados e de experiência reportadas pelas pessoas, nomeadamente através de PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) e PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*), que permitem à pessoa avaliar os cuidados face aos resultados obtidos e à experiência vivenciada, contribuindo assim para a melhoria contínua dos cuidados.

Assim, face aos resultados explanados, e apesar dos diagnósticos de ER se manterem comprometidos ao longo das avaliações efetuadas, constata-se que obtiveram-se ganhos importantes para a Sr.ª L, nomeadamente ao nível de movimento muscular, técnicas de transferência, equilíbrio na posição de sentada e na eliminação urinária, tendo por base a intervenção de ER, fundamentada com instrumentos de avaliação adequados e validados. O ensino e treino individualizado para a pessoa/ prestador de cuidados, com ganhos em conhecimento e capacidade, fornece assim uma base sólida para o regresso a casa e transição de cuidados de saúde, em que as respostas da pessoa são fundamentais para proporcionar transições seguras e eficazes nos cuidados com a pessoa e a sua rede de suporte (RNAO, 2023). No entanto, a mudança de sentimentos face a esta nova condição conduz a que seja essencial lidar com diversos aspetos psicológicos individualmente, de forma a melhorar a adesão da pessoa ao seu plano de reabilitação (Xiang et al., 2023). Esta foi uma premissa constante, adotando assim uma abordagem individualizada, potenciando o bem-estar psicológico simultaneamente ao programa de reabilitação funcional (Sousa et al., 2022). Assim, o plano de reabilitação delineado numa fase inicial e com determinados objetivos, foi reavaliado face à condição e satisfação da pessoa/ prestador de cuidados, tendo presente o significado/ impacto da transição saúde-doença na pessoa em contexto de reabilitação.

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente UC proporciona a realização de um RCC em que é delineado um plano de cuidados, com intervenções especializadas do EEER, dando a oportunidade de entender a sua responsabilidade na prestação de cuidados. Compreender o impacto que uma transição apresenta junta da pessoa/ prestador de cuidados e intervir em qualquer fase do ciclo de vida, com o objetivo de capacitar a pessoa/ prestador de cuidados a melhorarem a sua qualidade de vida, é um dos desafios aquando da realização deste trabalho académico. Destarte, o *empowerment* inerente ao EEER confere-lhe a responsabilidade de atuar face às respostas humanas da pessoa, através de intervenções individualizadas e com objetivos delineados no plano de intervenção de ER, que lhe permitam reingressar na comunidade e no seu meio envolvente da forma mais saudável e com qualidade de vida. O facto de existir a possibilidade de desenvolver este RCC na área de processos neurológicos, nomeadamente em relação à pessoa com LVM, permitiu-me desenvolver conhecimentos nesta área de interesse e que, em contexto de estágio realizado anteriormente não existiu a oportunidade. Sendo o plano de cuidados de ER um elemento fundamental no desenvolvimento de competências enquanto futura EEER, a possibilidade de utilizar instrumentos de avaliação devidamente validados, foi crucial para fundamentar as intervenções de ER e, conseqüentemente, os resultados obtidos em cada avaliação. Deste modo, foi possível compreender que a pessoa mencionada, obteve ganhos no seu processo de reabilitação que acompanharam as suas expectativas em relação à transição de saúde-doença, dando ênfase às diretrizes de cuidados de ER centrados na pessoa, e não às expectativas do profissional em relação ao plano de reabilitação.

No entanto, aquando do desenvolvimento do RCC senti dificuldades no cumprimento de regras inerentes à elaboração do mesmo, nomeadamente no que concerne ao limite de páginas mencionado para o conteúdo/ estrutura. Dada esta limitação, senti dificuldades em explicar de forma consistente e coerente o plano de cuidados de ER que foi estabelecido para a pessoa durante, aproximadamente, dois meses do seu período de internamento, sendo esta considerada uma oportunidade para desenvolver a capacidade de sintetizar a informação de forma a dar resposta aos objetivos propostos inicialmente. Importa referir que o desenvolvimento deste RCC vai ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente o Objetivo 3: “Saúde e Qualidade” e o Objetivo 4: “Educação de Qualidade”. Assim, consiste numa oportunidade de aquisição de conhecimentos científicos e especializados na área de ER, permitindo a aquisição de competências e a melhoria contínua dos cuidados prestados centrados na pessoa e no seu prestador de cuidados (Organização das Nações Unidas, 2016).

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2024). A investigação em enfermagem: notas sobre a confiança na evidência produzida. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira, *Enfermagem Avançada* (pp. 321-379). Lidel.
- Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care. *BMJ Open Quality*, *12*:e002516, 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002516>
- Cancino- Jiménez, D., Febré, N., Cea- Netting, X., Cancino- Jiménez, J., Olguín, S., & Olguín, K. (2024). Critical evaluation of Afaf Meleis's Transition Theory: strengths, limitations and applications in nursing education. *Salud, Ciencia y Tecnología*, *4*(950), 1-12. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.950>
- Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. (s.d.). *Como viver com uma lesão medular e manter-se saudável*. <http://cmra.pt/manual-lesoes-vertebro-medulares-lvm/>
- Clares, J. W., Guedes, M. V., & Freitas, M. C. (2021). Construção de diagnósticos de enfermagem para pessoas com lesão medular em reabilitação. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, *55*(e03750), 1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020038403750>
- Dantas, D., Amaro, J., Silva, P., Margalho, P., & Lains, J. (2012). Avaliação da Recuperação Funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM)- Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, *22*(2), 20-27. <https://spmjournal.org/index.php/spmfr/article/view/9/9>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG. *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>
- Direção- Geral da Saúde. (2011). Norma N.º 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. (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>

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

30

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

- Dülgeroğlu, D., Gül, Ş., Şahinoğlu, S., & Çelikel, F. (2021). Kötü Haber Verme: Spinal Kord Yaralanması Olan Hastamıza Yürüyemeyeceğini Nasıl Söyleriz? *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences*, 24(1), 60-65. <https://doi.org/10.31609/jpmrs.2020-77424>
- Escola Superior de Saúde Atlântica. (2022). Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações.
- Escola Superior de Saúde Atlântica. (2025). *Guia Orientador de Estágio Profissionalizante- 2º Ano- 1º Semestre*, 1-40.
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(5), 38-43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.008>
- Gagnier, J. J., Riley, D., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Kienle, G. (2013). The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(37), 603-608. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0603>
- Henriques, F. M., & Fumincelli, L. (2016). A Pessoa com Lesão Medular. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 433-450). Lusodidacta.
- Kaldal, M. H., Voldbjerg, S., Conroy, T., Feo, R., & Laugesen, B. (2025). Fundamentals of Care Framework in nursing education: a scoping review protocol. *JBIC Evidence Synthesis*, 23(5), 949-957. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00137>
- Kitson, A., Conroy, T., Kulski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). The University of Adelaide. *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*.
- Lopes, C. (2021). Como fazer citações e referências? *Guia Prático da Norma APA (2020, 7ª Edição)*.
- Miranda, R. S., Assis, G. M., Dornellas, A. C., Messias, A. M., Batista, V. T., & Gomes, J. J. (2020). Cateterismo intermitente limpo no paciente com lesão medular: conhecimento dos enfermeiros. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 18(e0220), 1-9. https://doi.org/10.30886/estima.v18.828_PT

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

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 5.ª Edição. Elsevier Editora Ltda.

Muntlin, Å., Jangland, E., Laugesen, B., Voldbjerg, S. L., Gunningberg, L., Greenway, K., Merriman, C., Grønkvær, M., Heinen, M., & Waal, G. H.-d. (2023). Bedside nurses' perspective on the Fundamentals of Care framework and its application in clinical practice: A multi-site focus group interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 145(2023), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104526>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-medular*.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *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

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 sobre Desenvolvimento Sustentável. Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento*. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>

Paiva, L. (2016). *Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos 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.

Pereira, R. S., Cruz, V. V., Lourenço, M. d., Machado, W. C., Schoeller, S. D., & Martins, M. M. (2024). *Pessoas com deficiência física adquirida: das atividades de vida aos cuidados de*

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

enfermagem de reabilitação. *Texto & Contexto Enfermagem*, 33:e20230362, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0362pt>

Pereira, R. S., Martins, M. M., Machado, W. C., Pereira, A. I., Pereira, A. M., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 86-95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>

Price, S., Pryor, J., & Fisher, M. (2024). Discharge from rehabilitation after a sudden-onset disability: an integrative review. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 26(1), 16-36. <https://doi.org/10.33235/jarna.26.1.16-36>

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

Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). People-Centred Care. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/people-centred-care>

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

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

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

Ryan, M., & Pullin, L. H. (2024). Practice vignettes examining the competencies of rehabilitation nursing: domain 1: the rehabilitative approach. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 26(1), 13-15. <https://doi.org/10.33235/jarna.26.1.13-15>

Smith, M. C., & Parker, M. E. (2010). *Nursing Theories and Nursing Practice (Fourth Edition)*. F. A. Davis Company.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2016). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação.

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

33

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

Em C. Marques- Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Lusodidacta.

Sousa, L. M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, S. S., Martins, M. M., Andrade, M. J., Barbeiro, S. R., & Teixeira, V. (2022). Cuidados de Enfermagem em Contexto Agudo à Pessoa com Lesão Medular: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 1-20. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.204>

Steensgaard, R., Kolbaek, R., & Angel, S. (2022). Nursing staff facilitate patient participation by championing the patient's perspective: An action research study in spinal cord injury rehabilitation. *Health Expectations*, 25, 2525-2533. <https://doi.org/10.1111/hex.13574>

Tholl, A. D., Nitschke, R. G., Bellaguarda, M. L., Vieira, C. M., Silva, A., & Busana, J. A. (2020). Cuidado de enfermagem no cotidiano da reabilitação de pessoas com lesão medular e suas famílias. *Revista Nursing*, 23(270), 4836-4848. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4836-4860>

Xavier, A. A., Pereira, J. S., Monteiro, R. S., Cruz, V. V., Silva, H. F., & Machado, W. C. (2024). Intervenções de Enfermagem de Reabilitação ao paciente com lesão medular: Protocolo de Revisão de Escopo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), 1-11. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.358>

Xiang, L., Li, H., Xie, Q.-Q., Siau, C. S., Xie, Z., Zhu, M.-T., Zhou, B., Li, Z.-P., & Wang, S.-B. (2023). Rehabilitation care of patients with neurogenic bladder after spinal cord injury: A literature review. *World Journal of Clinical Cases*, 11(1), 57-64. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i1.57>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

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

APÊNDICES

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

35

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

APÊNDICE I | CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título de estudo: A pessoa com lesão vertebral-medular: intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

enquadramento: O estudo insere-se no âmbito de estágio profissionalizante que está a decorrer [redacted] no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação da Professora Doutora Joana Marques, do Professor Doutor Coordenador do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Luis Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [redacted]. O presente Relato de Caso Clínico tem como objetivo em descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com lesão vertebral-medular.

utilização do estudo: solicita-se a participação no relato de caso clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista estruturada, durante o decorrer do estágio (0 de setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados instrumentos/escalas de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A sua participação no relato de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre os focos de Enfermagem de Reabilitação (Movimento Muscular; Equilíbrio Corporal; Transferir-se; Autocontrolo; continência urinária), contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para a pessoa que aceite ou recusa participar no relato de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: A sua participação neste Relato de Caso Clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir em qualquer momento, sem que acarrete qualquer prejuízo.

confidencialidade e anonimato: Neste relato de caso clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se vauha 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, pelo 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.

Desde já, grata pela sua participação,

Márcia Correia Ribeiro, N.º Estudante: [redacted], Contacto telefónico: [redacted], E-mail: [redacted]

Assinatura (investigador principal): [redacted]

Declaro que tenho 18 anos ou mais e que tomei conhecimento dos objetivos do estudo, assim como que compreendi os procedimentos associados à minha participação no mesmo. Declaro ainda que li totalmente a informação de consentimento informado, que a considereii explícita e concordo com o seu conteúdo, pelo que aceito participar neste estudo. Não confirmo que me foi garantido o direito de desistir a qualquer momento deste estudo, sem qualquer prejuízo para mim, e que os dados que venham a ser recolhidos serão anónimos e

¹ <https://www.dhba.mil.br/pt/vo-content/colomb/15/2019/03/declara-de-helsinki.pdf>

² <http://www.univ-lyon2.fr/IMG/pdf/002400/00240032.pdf>

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

confidenciais, dando cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e na sua Lei de Execução Nacional.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) a ata indicada, 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 a pessoa tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)</small>	
Nome:	DATA OU VALIDADE: / /
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:	
ASSINATURA:	

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

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

APÊNDICE II | PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsinquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Exma. Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

Pedido para realização de Relato de Caso Clínico, no contexto do Estágio Profissionalizante

A estudante Márcia Correia Ribeiro, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (2.ª Ano, 1.ª Semestre) da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do Estágio Profissionalizante [REDACTED] inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Doutora Joana Marques, do Professor Doutor Coordenador do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Luis Sousa e da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação [REDACTED]

Título do estudo: A pessoa com lesão vertebro-medular: intervenções de enfermagem de reabilitação.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito de estágio profissionalizante que está a decorrer [REDACTED] no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação da Professora Doutora Joana Marques, do Professor Doutor Coordenador do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Luis Sousa e da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação [REDACTED]. O Relato de Caso Clínico permite assim o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como competências de mestre. O presente relato de Caso Clínico tem como objetivo em descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com lesão vertebro-medular.

Metodologia: O presente Relato de Caso Clínico tem por base as normas do Equator com a *check-list* de CARE, que segue em anexo ao pedido (Anexo I). Por meio de uma amostra intencional, este estudo inclui uma pessoa internada num serviço de reabilitação de adultos de um centro de reabilitação que apresenta limitações/ sequelas de uma lesão vertebro-medular.

Explicação do estudo: Solicita-se a participação no Relato de Caso Clínico de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por entrevista estruturada (Anexo II), durante o decorrer do estágio (9 de setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados instrumentos/escalas de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Anexo III). A sua participação no relato de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre os focos de Enfermagem de Reabilitação (Movimento Muscular; Equilíbrio Corporal; Transferir-se; Autocontrolo; continência urinária), contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para a pessoa que aceite ou recuse participar no relato de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

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

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

¹ <https://www.unhcr.org/refugees/doc/5c100c4d/20040225/declaration-of-helsinki.pdf>

² <http://dm.gp/jsp/index/01001/01/000-AR0/000-AR0038.pdf>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

este processo, os dados serão eliminados definitivamente até 30 dias após avaliação final do relato de caso, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Grata pela sua disponibilidade.

Márcia Correia Ribeiro; N.º estudante [REDACTED] contacto telefónico [REDACTED] e-mail [REDACTED]

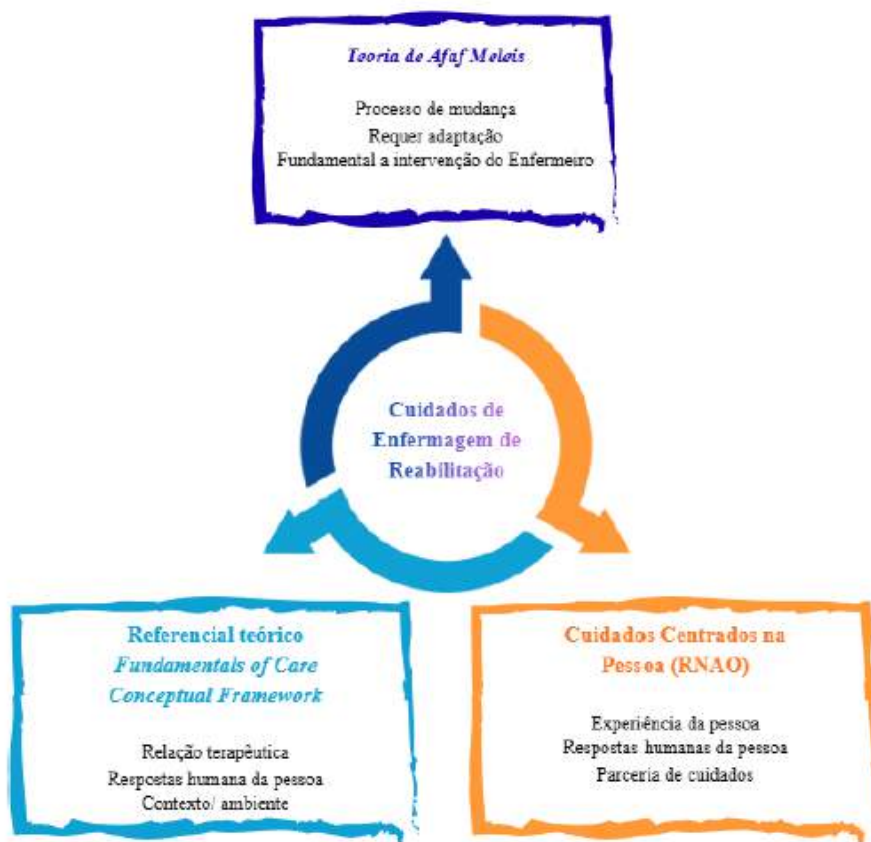
Assinatura: ----- [REDACTED] -----

INCLUIR DESENHO DO ESTUDO EM ANEXO

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

APÊNDICE III | REFERENCIAIS TEÓRICOS E A PESSOA NA PARCERIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Figura 1. Referenciais teóricos e a pessoa na parceria de cuidados de Enfermagem
Adaptado de Kaldal et al. (2025); RNAO (2025); Smith e Parker (2010).



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

APÊNDICE IV | DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

No presente RCC, são vários os instrumentos de avaliação utilizados, como é o caso da Escala MRC modificada (permite avaliar a força muscular em relação ao máximo esperado do músculo em avaliação, ou seja, em níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal) (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Por sua vez, a Escala Numérica da Dor, consiste numa escala em formato de régua em que é pretendido que a pessoa faça a equivalência entre a intensidade da dor e a classificação numérica entre 0 e 10, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável) (Direção-Geral da Saúde, 2003). A Escala ASIA, relaciona-se com a classificação da LVM através da avaliação dos segmentos medulares afetados (nível sensitivo e nível motor), definindo as mesmas como “completas” ou “incompletas” e tetraplegias ou paraplegias, mais concretamente: ASIA “A” (lesão completa, sem presença de função sensorial ou motora abaixo do nível de lesão); ASIA “B” (lesão sensorial incompleta: sem função motora abaixo do nível de lesão e com alguma sensibilidade preservada abaixo do nível neurológico- toque ou picada); ASIA “C” (lesão motora incompleta: função motora preservada nos metâmeros sagrados com contração voluntária do esfíncter anal ou com critérios de lesão sensorial incompleta e alguma função motora com força inferior a 3, numa escala de 0 a 5); ASIA “D” (lesão motora incompleta: função motora abaixo do nível neurológico e, pelo menos, metade dos músculos abaixo da lesão com grau de força igual ou superior a 3, numa escala de 0 a 5); ASIA “E” (função motora e sensitiva normal em todos os segmentos após défices anteriores, mantendo alterações de reflexos) (Rupp et al., 2019). No que se refere à Escala de Equilíbrio de Berg, é um instrumento que avalia o equilíbrio funcional através da utilização de 14 tarefas, classificadas entre 0 e 4, sendo que 0 é incapaz de executar e 4 é capaz de executar de forma independente, variando a pontuação final entre 0-20 (diminuição de equilíbrio); 21-40 (equilíbrio aceitável) e 41-56 (bom equilíbrio) (Paiva, 2016). Outro instrumento de avaliação mencionado no decorrer do presente RCC é a Escala MIF constituído por constituído por 18 itens dos quais 6 se referem ao autocuidado, 2 ao controlo de esfíncteres, 3 a mobilidade/transferências, 2 a locomoção, 2 a comunicação e 3 a cognição, sendo que a pontuação é efetuada de acordo com o grau de dependência, originando o total máximo de 126

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

41

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

pontos (independência total) e o mínimo de 18 pontos (dependência total) (Direção- Geral da Saúde, 2011). Já a Escala de Quedas de Morse permite avaliar o risco de queda, cuja pontuação varia entre 0 e 125 pontos, traduzindo-se em sem risco (0 e 24 pontos), baixo risco (entre 25 e 50 pontos) e alto risco (mais de 51 pontos) (Direção- Geral da Saúde, 2019).

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

APÊNDICE V | AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Sr.^a L., de 75 anos de idade, com o 4º ano de escolaridade, reformada, mas a desempenhar funções de doméstica, casada e tem duas filhas. Foi admitida no serviço dia 11/09/2025, transferida em maca acompanhada pelos bombeiros e pela filha, proveniente do hospital da Unidade Local de Saúde da área de residência. Reside em habitação própria com o marido (agregado familiar), sendo previamente independente até ao dia 15/04/2025, dia em que foi vítima de atropelamento por uma viatura ligeira, tendo como diagnóstico clínico: LVM traumática.

Apresenta história pregressa de: Hipertensão Arterial e Dislipidémia. Nega alergias medicamentosas e/ou alimentares.

Medicação habitual do domicílio: Rosuvastatina 10mg (1 comprimido ao Jantar); Losartan+ Hidroclorotiazida 100mg+ 12.5mg (1 comprimido ao Pequeno-almoço).

Terapêutica prescrita à data de admissão:

Tabela 3. Prescrição terapêutica

Data de Prescrição	Medicamento	Dose	Posologia	Via de administração	Horário
11/09/2025	Atorvastatina	40mg	1	Oral	19H
11/09/2025	Bisacodilo	10mg	1	Retal	7H (48/48H)
11/09/2025	Fentanilo	12.5mcg	1	Transdérmica	9H (72/72H)
11/09/2025	Losartan+ Hidroclorotiazida	100mg+ 12.5mg	1	Oral	9H
11/09/2025	Macrogol (composto)	13.125g	1	Oral	9H

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

11/09/2025	Metamizol Magnésico	575mg	1	Oral	9H/ 17H
11/09/2025	Ondasetron	8mg	1	Oral	SOS (se náuseas)
11/09/2025	Paracetamol	1000mg	1	Oral	SOS (se dor)
17/09/2025	Paroxetina	20mg	1	Oral	9H/ 19H
26/09/2025	Tizanidina	2mg	3	Oral	21H
22/10/2025	Mirtazapina	15mg	1	Oral	21H
06/11/2025	Tansulosina	0.4mg	1	Oral	19H
06/11/2024	Zolpidem	10mg	1	Oral	21H

Dia 15/04/2025 foi vítima de atropelamento por viatura ligeira do qual resultou: TCE com hematoma contusional epicraniano parietal direito com enfisema, sem evidentes traços de fratura; fratura de arcos costais anteriores e posteriores; fratura cominutiva desciaptada do ramo isquio púbico do ilíaco direito, com angulação de um dos fragmentos; fratura da coluna anterior do acetábulo direito relativamente alinhada; fratura exposta com ferida traumática de 10cm no tornozelo direito. No mesmo dia foi transferida para uma unidade hospitalar de referência em Traumatologia, tendo sido submetida a fixação transpedicular D3-D7 e Laminectomia D5 e D6. Também foi diagnosticado Hemotórax bilateral de predomínio direito e Pneumotórax homolateral, submetido a drenagem.

Dia 26/04/2025 foi novamente transferida para a unidade hospitalar da área de residência, à data com tala gessada do membro inferior (MI) direito, sensibilidade do MI esquerdo com aparente hipostesia na região interna da perna, maléolo e 1º e 2º dedo do pé esquerdo. Dia 05/05/2025 foi submetida a intervenção cirúrgica por fratura distal dos ossos da perna direita, com redução fechada e osteossíntese com cavilha.

Como intercorrências pós-cirúrgicas apresentou: dor de difícil controlo, anemia aguda com necessidade de suporte transfusional de 1 unidade de concentrado eritrocitário dia 17/04/2025 (à data de alta apresentava Hemoglobina: 7.9 g/dl), hiponatremia secundária a administração de terapêutica diurética, hipotireoidismo subclínico, pielonefrite aguda por *Proteus mirabilis* e

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

Pseudomonas aeruginosa (realizada colheita de urina para urocultura dia 23/05/2025); presença de *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemase em exsudado retal colhido dia 30/07/2025.

À data de admissão no serviço, pessoa consciente, orientada nas três vertentes, humor deprimido. Na avaliação neurológica, apresenta quadro neuromotor de paraplegia incompleta AIS com NN T7, sem movimentos ativos ao nível do MI esquerdo (apenas força muscular grau 1 na flexão da anca e extensão dos dedos), no MI direito apresenta força muscular grau 1 em todos os segmentos, apresentando tónus flácido em ambos os membros inferiores; Equilíbrio de tronco estático e dinâmico na posição de sentada, com alterações; Sem alterações da comunicação, pares craneanos, acuidade auditiva mantida e acuidade visual alterada (usa óculos). Sem alterações da avaliação respiratória. Relativamente à avaliação de pele e mucosas, apresenta pele íntegra- Escala de *Braden*: *Score* 16 (Alto Risco de úlcera de pressão). Aliviada com drenagem vesical N.º 16 (3 vias) funcionante de urina ligeiramente concentrada. Refere sensibilidade diminuída na passagem de fezes, com história de perdas de fezes em pequena quantidade. Avaliação à admissão da Escala de Morse: *Score* 30 (Médio Risco). Totalmente dependente nos autocuidados (Higiene, Vestuário, Posicionar-se, Transferir-se; Andar e Eliminação), com exceção do Autocuidado: Alimentar-se- Parcialmente dependente.

O prestador de cuidados da Sr.ª L. é a filha, que reside nas proximidades da habitação da Sr.ª L. Relativamente à avaliação habitacional, esta é uma moradia térrea (apresenta um degrau de acesso pela entrada principal e uma rampa pela entrada traseira), possui uma casa de banho com poliban, sendo que é possível o acesso a todas as divisões da habitação com cadeira de rodas. Possui saneamento básico e restantes condições de habitabilidade.

Foram delineados os seguintes objetivos de reabilitação para o presente internamento:

- Controlar queixas algícas (dor no joelho esquerdo);
- Manter/ recuperar amplitudes articulares;
- Aumentar força muscular dos membros inferiores;
- Melhorar o equilíbrio (estático e dinâmico) e controlo postural;
- Melhorar capacidade de ortostatismo e, eventualmente, marcha;
- Treinar AVD;
- Treinar controlo de esfíncteres;
- Proporcionar adaptação a produtos de apoio;

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

- Preparar o regresso ao domicílio.

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

APÊNDICE VI | DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Perante o caso mencionado no presente RCC e o estudo a ser realizado, surgiu a importância de incluir no plano de cuidados, um diagnóstico de Enfermagem que não é específico de ER, mas que considerei de extrema importância para o estudo, mais concretamente, a aceitação do estado de saúde. O impacto psicológico que uma LVM tem na pessoa surge de uma forma inesperada e abrupta, sendo um momento extremamente perturbador para todos os que vivenciam esta experiência, que poderá vir a refletir-se em alterações psicológicas marcantes, que poderão assumir-se como negação, ansiedade, tristeza, choro, frustração, raiva, entre outros (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Estes são aspetos psicológicos da pessoa relacionados com a adaptação à lesão, mas também existem outros aspetos relacionados com a perspetiva familiar, como a consciencialização das limitações e da reorganização necessária, proporcionando assim a comunicação entre os vários elementos do núcleo familiar que permitam a exposição de dúvidas/ receios (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, s.d.). Deste modo, cabe aos profissionais de saúde demonstrar a atitude necessária e de forma ativa, com base numa linguagem clara, objetiva e de verdade, respeitando os interesses prévios à lesão, valorizando todas as manifestações emocionais da pessoa e manifestando reforço positivo face a capacidades que podem vir a ser desenvolvidas nesta transição (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Deste modo, a seguinte tabela contempla o foco e o diagnóstico de Enfermagem acima mencionado, bem como as intervenções implementadas e os resultados decorrentes das mesmas (Tabela 4).

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

Tabela 4. Diagnóstico de Enfermagem: Aceitação do estado de saúde

FOCO DE ATENÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Aceitação do estado de saúde	Aceitação do estado de saúde comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar aceitação do estado de saúde (Ex.: Opinião acerca da sua nova condição de saúde); - Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde (Ex.: Realizar ensinios acerca de estratégias para minimizar o nível de dependência nos autocuidados); - Incentivar a aceitação do estado de saúde; - Encorajar a aceitação do estado de saúde; - Ensinar sobre estratégias adaptativas ao estado de saúde (Ex.: Reforço positivo na execução dos exercícios e nas estratégias adotadas pela Sr.ª L. durante o plano de reabilitação); - Incentivar a comunicação de emoções (Ex.: Demonstrar disponibilidade para escuta ativa com a Sr.ª L. e filha); - Vigiar labilidade emocional da Sr.ª L.; - Incentivar o envolvimento do prestador de cuidados/ família no plano de reabilitação da Sr.ª L. (Ex.: Conciliar sessões de ER com as visitas da filha da Sr.ª L., proporcionando ensinios/ instrução e treino à pessoa/ família fundamentais para o regresso ao domicílio); - Promover a consciencialização (Ex.: Incentivar a Sr.ª L. a participar nas sessões de educação sobre LVM dinamizadas no Centro de Reabilitação; incentivar a Sr.ª L. a ir ao domicílio durante os fins de semana);

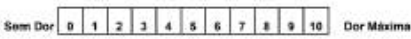
Relato de Caso Clínico- 3º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

- Cooperar com a equipa multidisciplinar no apoio à aceitação do estado de saúde da Sr.ª L. (Ex.: delinear estratégias nas reuniões de orientação de caso clínico e reuniões com familiares);		
AVALIAÇÃO		
<i>Avaliação Inicial- D0 (11/09/2025)</i>	<i>Avaliação Intermediária- D28 (09/10/2025)</i>	<i>Avaliação Final- D51 (01/11/2025)</i>
<p>Aquando da admissão no serviço, a Sr.ª L. demonstrou necessidade de apoio psicológico face à transição vivenciada desde o acidente de viação. Refere períodos recorrentes de labilidade emocional, demonstrando negação face ao seu atual estado de saúde.</p> <p>Face às expectativas desajustadas (como por exemplo, não compreender a importância do treino vesical e intestinal no contexto de LVM), foi incentivada à consciencialização por parte da equipa multidisciplinar. Assim, foi disponibilizada informação com o objetivo de motivar a Sr.ª L. a enfrentar a sua nova condição de vida.</p>	<p>Aproximadamente um mês após a admissão no serviço, utente manteve períodos de labilidade emocional, mais concretamente períodos de choro intenso ao comunicar com a família, via telefónica.</p> <p>Prestado apoio psicológico, com necessidade de otimização da terapêutica dirigida.</p> <p>A Sr.ª L. foi incentivada a participar em atividades e socializar com outras pessoas internadas no serviço, não se mostrando recetiva.</p> <p>Reforçados ensinios com a Sr.ª L. e na presença da filha, de forma a que se torne menos dependente nas AVD e melhore a sua qualidade de vida. Neste sentido, a filha disponibilizou interesse em proporcionar idas ao fim de semana ao domicílio, sendo que a</p>	<p>Nesta fase do processo de reabilitação da Sr.ª L., avalia-se menor ocorrência de períodos de labilidade no decorrer do internamento.</p> <p>Refere que as idas no domicílio durante o fim de semana são uma motivação extra para o cumprimento dos vários departamentos de terapias a cumprir durante a semana.</p> <p>Apresenta-se menos recetiva aos cuidados de ER, nomeadamente: exercícios de mobilização dos MI; treino de transferências, treino vesical e intestinal.</p> <p>A Sr.ª L. refere estar mais disponível e motivada para o plano de reabilitação delineado, com vista à preparação da alta para o seu domicílio e, consequentemente, a reintegração na comunidade.</p>

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

	St.º L. refereu agrado/ satisfação face a esse objetivo no plano de reabilitação.	
--	---	--

APÊNDICE VII | ESCALA NUMÉRICA DA DOR

Avaliação da Dor (Escala Numérica da Dor)			
Escala	Avaliação		
	<i>Avaliação Inicial- D0</i> (11/09/2025)	<i>Avaliação Intermédia- D28</i> (09/10/2025)	<i>Avaliação Final- D51</i> (01/11/2025)
	Score: 4	Score: 2	Score: 0
	(Local: Ombro Esquerdo e Joelho Esquerdo)	(Local: Joelho Esquerdo)	

Fonte: Direcção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG. *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 VIII | ESCALA *MEDICAL RESEARCH COUNCIL* MODIFICADA

Avaliação da Força Muscular (<i>Escala Medical Research Council modificada</i>)									
Escala									
		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					
Avaliação									
<i>Avaliação Inicial- D0 (11/09/2025)</i>			<i>Avaliação Intermédia- D28 (09/10/2025)</i>			<i>Avaliação Final- D51 (01/11/2025)</i>			
<i>Músculo</i>	Direito	Esquerdo	<i>Músculo</i>	Direito	Esquerdo	<i>Músculo</i>	Direito	Esquerdo	
Flexor da anca	1	1	Flexor da anca	2	2	Flexor da anca	3	3	
Extensor do joelho	0	1	Extensor do joelho	2	1	Extensor do joelho	3	3	
Dorsiflexor do pé	0	1	Dorsiflexor do pé	1	1	Dorsiflexor do pé	2	2	
Extensor longo do halux	1	1	Extensor longo do halux	1	1	Extensor longo do halux	2	1	
Tibial anterior	0	1	Tibial anterior	1	1	Tibial anterior	2	1	

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

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

APÊNDICE IX | ESCALA ASIA

Avaliação Inicial- D0 (11/09/2025)

ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISIRI/ISGOS) ISCOS

Patient Name: 32.7.1 Date/Time of Exam: 11/09/2025
 Examiner Name: _____ Signature: _____

RIGHT			SENSORY KEY SENSORY POINTS		LEFT		
MOTOR KEY MUSCLES	Light Touch (LTR)	Pinprick (PT)	Light Touch (LTR)	Pinprick (PT)	MOTOR KEY MUSCLES	Light Touch (LTR)	Pinprick (PT)
C2	2	2	2	2	C2	2	2
C3	2	2	2	2	C3	2	2
C4	2	2	2	2	C4	2	2
C5	2	2	2	2	C5	2	2
C6	2	2	2	2	C6	2	2
C7	2	2	2	2	C7	2	2
C8	2	2	2	2	C8	2	2
T1	2	2	2	2	T1	2	2
T2	2	2	2	2	T2	2	2
T3	2	2	2	2	T3	2	2
T4	2	2	2	2	T4	2	2
T5	2	2	2	2	T5	2	2
T6	2	2	2	2	T6	2	2
T7	2	2	2	2	T7	2	2
T8	1	1	1	1	T8	1	1
T9	1	1	1	1	T9	1	1
T10	1	1	1	1	T10	1	1
T11	1	1	1	1	T11	1	1
T12	1	1	1	1	T12	1	1
L1	1	1	1	1	L1	1	1
L2	1	1	1	1	L2	1	1
L3	1	1	1	1	L3	1	1
L4	1	1	1	1	L4	1	1
L5	1	1	1	1	L5	1	1
S1	1	1	1	1	S1	1	1
S2	1	1	1	1	S2	1	1
S3	1	1	1	1	S3	1	1
S4-S5	1	1	1	1	S4-S5	1	1

UER Upper Extremity Right
 LER Lower Extremity Right
 UEL Upper Extremity Left
 LEL Lower Extremity Left

(S1-S5) Ankle Dorsiflexion (Flexion)
 (S1-S5) Ankle Plantar Flexion (Extension)

RIGHT TOTALS (MAXIMUM) (28) (28) (28)
 LEFT TOTALS (MAXIMUM) (28) (28) (28)

NEUROLOGICAL LEVELS: SENSORY T7 MOTOR T7
 NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI) T7
 COMPLETE OR INCOMPLETE?
 ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS) A

ZONE OF DISTAL PRESERVATION: SENSORY MOTOR

This form may be reprinted freely but is not to be altered without permission from the American Spinal Injury Association.

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

Avaliação Final- DS1 (01/11/2025)

INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISICOS)

Patient Name: Sr. P.S. Date/Time of Exam: 01/11/2025

Physician Name: _____ Signature: _____

RIGHT

UER (Upper Extremity Right)

LER (Lower Extremity Right)

ASIA Voluntary Anal Contraction (Yes/No) Yes No

LEFT

UEL (Upper Extremity Left)

LEL (Lower Extremity Left)

ASIA Voluntary Anal Contraction (Yes/No) Yes No

LEVEL	RIGHT		LEFT	
	SENSORY	MOTOR	SENSORY	MOTOR
C2	3	3	3	3
C3	3	3	3	3
C4	3	3	3	3
C5	3	3	3	3
C6	3	3	3	3
C7	3	3	3	3
C8	3	3	3	3
T1	3	3	3	3
T2	3	3	3	3
T3	3	3	3	3
T4	3	3	3	3
T5	3	3	3	3
T6	3	3	3	3
T7	3	3	3	3
T8	3	3	3	3
T9	3	3	3	3
T10	3	3	3	3
T11	3	3	3	3
T12	3	3	3	3
L1	3	3	3	3
L2	3	3	3	3
L3	3	3	3	3
L4	3	3	3	3
L5	3	3	3	3
S1	3	3	3	3
S2	3	3	3	3
S3	3	3	3	3
S4	3	3	3	3

MOTOR SUBSCORES

RIGHT TOTAL (MAXIMUM) (36)

LEFT TOTAL (MAXIMUM) (36)

NEUROLOGICAL LEVEL

1. SENSORY 2. MOTOR

3. AMPULCRAL LEVEL OF INJURY

4. COMPLETE OR INCOMPLETE?

5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)

6. ZONE OF PARTIAL RESCUE

7. MOTOR

8. SENSORY

9. TOTAL

10. TOTAL

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

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

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

APÊNDICE X | ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

Avaliação do Equilíbrio- Escala de Berg				
Score	Descrição dos Itens	Avaliação		
		<i>Avaliação Inicial- D0 (11/09/2025)</i>	<i>Avaliação Intermédia- D28 (09/10/2025)</i>	<i>Avaliação Final- D51 (01/11/2025)</i>
1. Da posição de sentado para a posição de pé				
4	Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma	0	0	0
3	Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos			
2	Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas			
1	Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável			
0	Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar			
2. Ficar em pé sem apoio				
4	Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos	0	0	0
3	Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão			
2	Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos			
1	Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos			
0	Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda			
3. Senta-se com as costas desapoias, mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco				
4	Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos	0	1	3
3	Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão			
2	Mantém-se sentado durante 30 segundos			
1	Mantém-se sentado durante 10 segundos			
0	Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos			
4. Da posição de pé para a posição de sentado				
4	Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos	0	0	0
3	Ao sentar-se recorre às mãos			
2	Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida			
1	Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida			

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

0	Necessita de ajuda para se sentar			
5. Transferências				
4	Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos			
3	Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos	0	1	1
2	Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ ou supervisão			
1	Necessita de ajuda de uma pessoa			
0	Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança			
6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados				
4	Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos			
3	Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão	0	0	0
2	Consegue manter-se em pé durante 3 segundos			
1	Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável			
0	Necessita de ajuda para evitar a queda			
7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos				
4	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto			
3	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão			
2	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos	0	0	0
1	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos			
0	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas não consegue mantê-la durante 15 segundos			
8. Inclinarse para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé				
4	Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante	0	0	0
3	Consegue inclinar-se mais de 12cm para a frente, com segurança			

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

57

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

2	Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança			
1	Inclina-se para a frente, mas necessita de supervisão			
0	Perde o equilíbrio durante as tentativas/ necessita de apoio externo			
9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé				
4	Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança			
3	Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão			
2	Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma	0	0	0
1	Não consegue apanhar o chinelo e necessita de supervisão enquanto tenta			
0	Não consegue tentar/ necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda			
10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé				
4	Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso			
3	Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir peso	0	0	0
2	Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio			
1	Necessita de supervisão ao virar			
0	Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda			
11. Dar uma volta de 360 graus				
4	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos			
3	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em segundos ou menos	0	0	0
2	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente			
1	Necessita de supervisão ou de indicações verbais			
0	Necessita de ajuda enquanto dá a volta			
12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio				
4	Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos	0	0	0

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

3	Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos			
2	Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão			
1	Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda			
0	Necessita de ajuda para evitar a queda/ não consegue tentar			
13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro				
4	Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos			
3	Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	0	0	0
2	Consegue dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos			
1	Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos			
0	Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé			
14. Permanecer em pé sobre uma perna				
4	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos			
3	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos			
2	Consegue levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos	0	0	0
1	Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente			
0	Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair			
Score Total (0- 56)		0 (Equilíbrio diminuído)	2 (Equilíbrio diminuído)	4 (Equilíbrio diminuído)

Fonte: Paiva, L. (2016). *Avaliação e comparação do equilíbrio em idosos institucionalizados e não institucionalizados, praticantes de exercício físico regular, através da Escala de*

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

59

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

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

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.

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

60

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

APÊNDICE XI | ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Item	Pontuação	Avaliação		
		Avaliação Inicial- D0 (11/09/2025)	Avaliação Intermédia- D28 (09/10/2025)	Avaliação Final- D51 (01/11/2025)
1. Historial de quedas, neste internamento urgência ou nos últimos três meses <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	0 25	0	0	0
2. Diagnóstico(s) secundário(s) <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	0 15	15	15	15
3. Ajuda para caminhar <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma/ ajuda de enfermeiros/ acamado/ cadeira de rodas • Muletas/ canadianas/ bengala/ andarilho • Apoia-se no mobiliário para andar 	0 15 30	0	0	0
4. Terapia intravenosa <ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim 	0 20	0	0	0
5. Postura no andar e na transferência <ul style="list-style-type: none"> • Normal/ acamado/ imóvel • Debitado • Dependente de ajuda 	0 10 20	0	10	20

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

61

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

6. Estado mental				
• Consciente das suas capacidades		15	15	15
• Esquece-se das suas limitações	0			
	15			
Score Total		30 (Baixo Risco de Queda)	40 (Baixo Risco de Queda)	50 (Baixo Risco de Queda)

Fonte: Direção- Geral da Saúde. (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 XII | ESCALA DE MEDIDA DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

<i>NÍVEIS</i>			
SEMAJUDA: 7- Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6- Independência modificada (ajuda técnica)	COMAJUDA- dependência modificada: 5- Supervisão 4- Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3- Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) COMAJUDA- dependência completa: 2- Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 -Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)		
Parâmetros	Avaliação		
	<i>Avaliação Inicial- D0 (11/09/2025)</i>	<i>Avaliação Intermédia- D28 (09/10/2025)</i>	<i>Avaliação Final- D51 (01/11/2025)</i>
AUTOCUIDADO			
Alimentação	3	4	5
Higiene pessoal	2	3	5
Banho	2	3	4
Vestir metade superior	2	3	4
Vestir metade inferior	1	2	3
Utilização da sanita	1	1	2
CONTROLO DE ESFÍNCTERES			
Vesical	1	2	3
Intestinal	1	2	2
TRANSFERÊNCIAS			
Cama, cadeira, cadeira de rodas	1	2	3
Sanitário	1	2	3
Banheira, duche	1	2	3
LOCOMOÇÃO			
Marcha/ Cadeira de rodas	2	3	4
Escadas	1	1	1

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

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

SCORE MOTOR (SUBTOTAL)	19	30	42
COMUNICAÇÃO			
Compreensão	5	6	6
Expressão	5	6	7
COGNICÃO SOCIAL			
Interação social	3	4	5
Resolução de problemas	2	4	5
Memória	5	7	7
SCORE COGNITIVO (SUBTOTAL)	20	27	30
SCORE TOTAL (motor+ cognitivo)	39	57	72
	(Dependência Modificada)	(Dependência Modificada)	(Dependência Modificada)

Fonte: Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma N.º 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>

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

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

ANEXOS

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

65

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

ANEXO I | CARE CHECK-LIST

CARE CARE Checklist of information to include when writing a case report PDF PRINT ✓

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 diagnosis or interventions in this case report, including "case report"	
Abstract (no references)	2a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	
	2b	Main symptoms and/or important clinical findings	
	2c	The main diagnosis, therapeutic interventions, and outcomes	
Introduction	3a	Conclusion—What is the main "take-home" lesson/lesson from this case?	
	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	
Clinical Findings	6a	Relevant past interventions with outcomes	
	6b	Most recent 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, fear, or cultural)	
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	
Therapeutic Intervention	9a	Prognosis (such as staging or oncology) where applicable	
	9b	Type of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	
	9c	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	
Follow-up and Outcomes	10a	Changes in therapeutic interventions with rationale	
	10b	Clinician and patient assessed outcomes (if available)	
	10c	Important follow-up diagnostic and other test results	
	10d	Intervention adherence and feasibility (How was this assessed?)	
Discussion	11a	Adverse and anticipated events	
	11b	A scientific discussion of the strengths and limitations associated with this case report	
	11c	Discussion of the relevant medical literature with references	
	11d	The scientific rationale for key conclusions (including assessment of possible causes)	
Patient Perspective/Informed Consent	12	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	
	13	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	
		Did the patient give informed consent? Please provide if recorded	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2023- Escola Superior de Saúde Atlântica

ANEXO II | GUIÃO ENTREVISTA

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 a lesão vertebro-medular?
- 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)?

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

3. Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação

(CARE item: Clinical findings and timeline)

Objetivo: descrever a condição inicial e o impacto funcional.

Perguntas:

- Quais eram as principais dificuldades que sentiu após o evento (Movimento Muscular- através da Escala MRC (*Medical Research Council* modificada, Escala Numérica da Dor e Escala ASIA; Equilíbrio Corporal- através da Escala de Equilíbrio de *Berg*, Escala da Medida da Independência Funcional e Escala de Quedas de Morse; Transferir-se através Escala da Medida da Independência Funcional e Escala de Quedas de Morse; Autocontrole: continência urinária através da Escala da Medida da Independência Funcional)?
- Como se sentia emocionalmente no início do processo de reabilitação?
- Que limitações identificou nas atividades da vida diária?
- Que estratégias utilizou inicialmente para lidar com essas dificuldades?

4. Intervenções de enfermagem de reabilitação

(CARE item: Therapeutic intervention)

Objetivo: identificar intervenções implementadas, frequência, duração e adesão.

Perguntas:

- Que tipo de intervenções de reabilitação considera mais úteis para si (Reeducação Funcional Motora- Ex.: Exercícios de fortalecimento muscular, Treino de Equilíbrio, Posição de pé, Técnicas de Transferência, Treino de autocuidados)?
- O que espera do enfermeiro de reabilitação no seu processo de reabilitação?
- Que orientações ou ensinamentos considera mais úteis para realizar em casa?
- Encontra dificuldades em cumprir o plano de enfermagem de reabilitação? Que alternativa propõe.
- Que recursos ou equipamentos considera que consegue adquirir ou ter acesso (ajudas técnicas, adaptações domiciliares)?

5. Resultados e evolução funcional

Márcia Correia Ribeiro- novembro 2025- Escola Superior de Saúde Atlântica

68

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

(CARE item: Follow-up and outcomes)

Objetivo: descrever os ganhos em saúde e impacto da reabilitação que obteve com o plano de enfermagem de reabilitação.

Perguntas:

- Que melhorias sentiu ao longo do processo de reabilitação?
- Que atividades conseguiu retomar?
- Há algo que ainda considera limitado ou difícil de realizar?
- Como avalia a sua autonomia e independência atualmente (escala de independência, mobilidade)?
- O que acha dos resultados obtidos (Movimento muscular aumentado- Ex: através da tolerância ao exercício físico (muscular e articular), melhoria do *score* da Escala MRC (*Medical Research Council* modificada, melhoria do *score* na Escala Numérica da Dor e melhoria na pontuação da Escala ASIA; Equilíbrio Corporal não comprometido- Ex: através de conhecimento e capacidade sobre técnicas de equilíbrio corporal, melhoria do *score* da Escala de Equilíbrio de *Berg*, melhoria do *score* da Escala da Medida da Independência Funcional e melhoria do *score* da Escala de Quedas de Morse; Transferir-se- Ex: através da melhoria dos conhecimento e capacidade sobre técnicas de transferência, melhoria do *score* da Escala da Medida da Independência Funcional e melhoria do *score* da Escala de Quedas de Morse; Autocontrole: continência urinária eficaz- Ex: através do controlo da eliminação urinária e melhoria do *score* da Escala da Medida da Independência Funcional)?
- 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 perceção 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?

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

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 Helsinquia e a convenção de Oviedo).
-

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.

APÊNDICE XIV

“Síntese de conteúdos de *Webinar’s*”

"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"

- o Cada unidade deve seguir as medidas definidas no plano de contingência.
- o Avaliação das respostas humanas individuais.
- o Reduzir o número de contactos presenciais ao mínimo indispensável.
- o Manter cuidados multidisciplinares para conforto, mobilidade, funcionalidade.
- o 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.
- o Cuidados presenciais para pessoas em situação estável devem ser suprimidos.
- o 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:**
 - o Estratificação em 4 grupos de risco para infeção (ex: suspeito, negativo, curado, candidato sem circuito COVID).
 - o Estratificação dos procedimentos de RR de acordo com o risco de serem geradores de aerossóis.
 - o Condutas relacionadas a EPIs, distanciamento físico, higiene das mãos.
 - o RR hospitalar para casos graves com teste COVID negativo (circuito separado).
- **Cuidados Específicos e Recomendações:**
 - o 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).
 - o EPIs: Máscara FFP2 ou FFP3, óculos de proteção/viseira, bata impermeável e proteção de calçado.
 - o 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.
 - o Distância: Manter 2 metros (profissional-pessoa) e 3 metros no treino de exercício (quando possível).
 - o Evitar: Ventilação intensiva como complemento, técnica de toque manual.
 - o Preferir: Ensino de técnicas sem contacto (ex: ciclo ativo da respiração, drenagem autogénica).
 - o Medicação Broncodilatadora: Usar inalador com câmara expansora.

"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

Ântero-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 (claviculas, 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:**
 - o A reabilitação respiratória assenta em três grandes pilares: educação funcional respiratória, treino/exercício, e gestão da saúde/doença.

7

Realizado por: [REDACTED]

"Síntese de conteúdos de Webinar's"

- o As visitas domiciliárias são um momento crucial para observação e avaliação do contexto da pessoa e família, visando a construção de uma relação terapêutica de confiança.
- o O enfermeiro deve reconhecer que a pessoa é o centro do seu ambiente e que a intervenção visa aumentar o conhecimento e a capacidade da pessoa para definir estratégias de resolução de problemas.
- o Motivação, otimismo, tenacidade e empatia são competências transversais indispensáveis.

2. Componentes do Programa de Reabilitação Respiratória Domiciliária:

- o Os programas devem ser personalizados e adaptados à pessoa (instrução, capacidade de aprendizagem, situação sociofamiliar, contexto profissional), à doença (fase, patologias associadas) e ao local/recursos disponíveis (ginásio, domicílio).
- o A avaliação inicial deve ser exaustiva para identificar dados fundamentais da pessoa, dinâmicas e valores familiares.
- o Programas de reabilitação respiratória podem ser aplicados em hospitais, cuidados primários ou domicílio, com duração mínima de 20 sessões, 8 a 12 semanas e sessões de 45 a 60 minutos, duas a três vezes por semana. Os resultados são perceptíveis a partir da segunda semana.

3. Técnicas de Recuperação Funcional Respiratória:

- o A terapia utiliza o movimento para aumentar forças e diminuir resistências. Exemplos incluem:
 - Posições de descanso e relaxamento: Diminuem a sobrecarga muscular e a sensação de dispneia, promovendo o controlo da respiração.
 - Respiração diafragmática e costal: Melhoram a distribuição e ventilação alveolar, podendo ser treinadas com estimulação tátil e resistência.
 - Respiração com lábios semicerrados: Melhora a coordenação, assiste os escritórios do risco de colapso da via aérea e colisão.
 - Drenagem de secreções: Essencial para prevenir infeções secundárias e mobilização, com técnicas como tosse assistida, drenagem postural e drenagem autogénica.
 - Técnicas de conservação de energia: Visam diminuir a sensação de dispneia nas atividades de vida diária (ex: tomar banho sentado, calçar sapatos sentado, dividir tarefas), ajudando a pessoa a compreender o ciclo dispneia-atividade.
 - Estratégias de controlo da ansiedade: Importantes para lidar com fatores que causam dispneia não associados a fraqueza muscular.

4. Treino de Exercício:

- o Um componente nuclear da reabilitação respiratória, visando melhorar a tolerância ao exercício, os sintomas de dispneia e a gestão da fadiga.
- o Inclui exercícios aeróbicos, de força muscular, resistência e flexibilidade.
- o A segurança clínica é prioritária, com avaliação prévia (ex: prova de marcha de 6 minutos) e monitorização da tensão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigénio.

"Síntese de conteúdos de Webinar's"

- o A prescrição deve ser individualizada, adaptada à capacidade da pessoa e, podendo incluir exercício intervalado.
- o 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.
- o Exercícios aeróbicos (bicicleta, passadeira) e de força muscular (pesos, faixas elásticas) podem ser adaptados ao domicílio, usando recursos existentes na casa.
- o Alongamentos e treino de equilíbrio são cruciais para a independência funcional e prevenção de quedas.
- o 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:

- o 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.
- o 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:

- o Cultura do modelo biomédico e crença de que a medicação é suficiente, sem valorização da prevenção.
- o Dificuldade em estabelecer a relação de confiança inicial.
- o Sobrecarga dos prestadores de cuidados e dificuldades familiares.
- o Falta de articulação entre os diversos níveis de cuidados e profissionais de saúde.
- o Falta de interesse e motivação das partes envolvidas.
- o Angústia da pessoa e família, que não apresentam um papel de participação ativa.
- o Fatores socioeconómicos que podem dificultar o acesso e adesão.
- o 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: [REDACTED]

"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.
- Apoiar 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: XXXXXXXXXX

"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;

"Síntese de conteúdos de Webinar's"

II. 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 corresponsabilização;
- 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"

4. Facilitadores da Mudança Comportamental

- A escuta ativa e a relação de confiança são fundamentais;
- Os utentes valorizam mais a interação ativa com os profissionais;
- O profissional deve criar espaço para partilha de dificuldades, expectativas e dúvidas;
- O plano de intervenção deve ser ajustado com base no feedback do utente.

5. Plano de Cuidados Individual

- Instrumento de negociação e responsabilização partilhada (pessoa/família/equipa);
- Promove literacia em saúde;
- Objetivos devem ser:
 - Realistas, mensuráveis e individualizados (ex.: sair de casa, subir escadas, fazer compras, etc.);
 - Alvo de reforço positivo contínuo.

6. Padrão Documental na RR

- A documentação é fundamental para:
 - Tornar visível o contributo da enfermagem;
 - Avaliar resultados e sustentar decisões clínicas;
 - Produzir indicadores úteis à gestão da saúde pública.

Dados importantes:

- Apenas 40% das atividades observadas são registadas;
- A consistência entre o que se faz e o que se regista é frequentemente baixa;
- A documentação reforça a visibilidade da consulta de enfermagem.

7. Autonomia e Tomada de Decisão do EEER

- O EEER detém autonomia e responsabilidade clínica;
- A tomada de decisão é essencial para intervenções eficazes;
- *"Não tomar uma decisão é uma decisão."*

8. Indicadores em Saúde – BI-CSP

- Os enfermeiros:
 - São o maior grupo profissional da saúde;
 - Tomam mais decisões e fazem mais registos;
 - São os principais produtores e utilizadores de dados clínicos nos sistemas de informação;
 - Têm papel central na documentação da saúde dos cidadãos.

9. Considerações Finais

"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 (ECCT), evidenciando a importância de intervenções específicas e sistematizadas no processo de reabilitação.

1. Intervenção da ECCT 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 referência 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 ECCT, 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: [REDACTED]

"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 "pomenor" 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.

Realizado por: [REDACTED]

"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

- $FIO_2 \leq 0,6$;
- $PEEP \leq 10$ cmH₂O;
- $SpO_2 \geq 88\%$;
- $FR \leq 35$ rpm;
- $pH \geq 7,25$;

Circulatórios

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

"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 antiarritmico nas últimas 2 horas;
- Ausência de isquemia 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;
 - SpO₂ $<$ 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.

Realizado por: [REDACTED]

"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, SpO₂, Telemetria;
 - Suplementação de O₂ se SpO₂ < 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 cmH₂O (Homem) ou < 70 cmH₂O (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 cmH₂O e 10–90 cmH₂O;
 - Resistência automatizada: até 200 cmH₂O.

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 XV

Guia de Utilização: “Tabuleiro da Reabilitação”

Guia de Utilização

“Tabuleiro da Reabilitação”

Objetivo de utilização:

O presente tabuleiro de atividades constitui uma ferramenta/ material que permite o treino de motricidade fina através movimentos realizados com molas, ou seja, realizar movimentos precisos que exigem controlo e destreza por parte de pequenos músculos.

Modo de utilização:

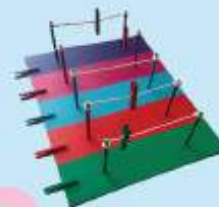
- A atividade pode ser realizada por 1 ou 2 pessoas;
- O tabuleiro está dividido em 5 cores e existem molas nas mesmas cores (verde, vermelho, azul, rosa e roxo) dentro da bolsa;
- O tabuleiro permite a realização de 2 exercícios distintos:



- **1º Exercício:** Coloque as molas de uma determinada cor na corda correspondente, ou seja, na corda que se encontra sobre a tira do tabuleiro da mesma cor da mola:



- **2º Exercício:** Coloque a mola de cada cor na tira do tabuleiro (bordos em madeira) com a cor correspondente:



Realizado por:

Enf.ª Orientadora: [REDAZIDA] Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDAZIDA]

Prof.ª Orientadora: Joana Marques
Estudante: Mária Ribeiro

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica



APÊNDICE XVI

Instrumento de Avaliação: “Tabuleiro da Reabilitação”



Instrumento de Avaliação: Tabuleiro de Atividades

Pessoa	1.ª Avaliação					2.ª Avaliação					Impacto nas AVD's
	Data	Duração da sessão (minutos)	N.º de molas colocadas na corda	N.º de molas colocadas no rebordo do tabuleiro	Identificação da cor da mola- cor da tira do tabuleiro / Observações da sessão	Data	Duração	N.º de molas colocadas na corda	N.º de molas colocadas no rebordo do tabuleiro	Identificação da cor da mola- cor da tira do tabuleiro	
H. C.	13/10	20'	20	20	✓	30/10	15'	20	20	✓	A Sr.ª H. C. refere melhoria na autocuidado: alimentar-se, demonstrando evolução na independência durante a alimentação. No decorrer das atividades, foi suspensa a utilização de adaptador para a utilização de garfo e colher.
H. M.	13/10	10'	15	0	✓	30/10	10'	20	20	✓	O Sr. H. M. refere que a realização de sessões com o tabuleiro de atividades melhorou o autocuidado: vestir-se, mencionando que necessita de menos ajuda de terceiros. Verificou-se

3.ª Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante
 Estudante: Márcia Ribeiro



Instrumento de Avaliação: Tabuleiro de Atividades

					- interrompeu sessão para cumprir atividades em departamentos agendados)						que inicialmente o Sr. H. necessitava de ajuda total no vestir-se e, progressivamente, melhorou a avaliação do diagnóstico de Enfermagem com necessidade de ajuda parcial.
J. J.	16/10	20'	20	0	✓	30/10	20'	20	20	✓	O Sr. J. J. referiu que, decorrente das sessões realizadas com a presente atividade, melhorou a força nos dedos das mãos (bilateralmente), o que lhe permitiu, por exemplo, que os talheres não caíssem durante a refeição, não necessitando de ajuda para vestir meias.
A.M.	16/10	15'	10 (2 molas de cada cor)	10 (2 molas de cada cor)	✓	Não foi realizada nova sessão de avaliação (pessoas com alta clínica).					
					- interrompeu sessão por diminuição da força muscular no membro superior direito)						
					- interrompeu sessão por quebras ósseas nos dedos da mão direita)						

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante
 Estudante: Márcia Ribeiro [Redacted]

APÊNDICE XVII

Guia de Utilização: “Terapia do Espelho”

“TERAPIA DO ESPELHO”

OBJETIVO

Após um Acidente Vascular Cerebral (AVC), a alteração do movimento e da força dos braços é das consequências que mais afetam a pessoa.

A “Terapia do Espelho” tem como objetivo melhorar as funções do braço afetado pelo AVC e a sua independência no dia-a-dia.



COMO UTILIZAR?

- 1- Coloque a caixa do espelho em cima da mesa;
- 2- Coloque o braço saudável (não afetado pelo AVC) em frente ao espelho;
- 3- Coloque o braço afetado atrás do espelho (ou seja, dentro da caixa), de forma a que não o veja;
- 4- Olhe para o reflexo do espelho e realize movimentos com o braço saudável (Exemplo: abrir e fechar a mão, levantar e baixar o braço; rodar o pulso).



Ao realizar os movimentos, o seu cérebro está a ser estimulado como se o braço afetado pelo AVC também estivesse em movimento. Vamos melhorar a sua qualidade de vida?

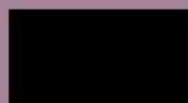


Realizado por:

Enf.ª Orientadora: [REDACTED] (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Prof.ª Orientadora: Joana Marques
Estudante: Márcia Ribeiro

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica



APÊNDICE XVIII

Instrumento de Avaliação: “Terapia do Espelho”



Instrumento de Avaliação: Terapia do Espelho

Pessoa		1.ª Avaliação			2.ª Avaliação				
Hemicorpo afetado	Data	Duração da sessão	Visualiza membro sã no espelho?	Exercícios motores realizados/ N.º de repetições	Data	Duração da sessão	Visualiza membro sã no espelho?	Exercícios motores realizados/ N.º de repetições	Impacto nas AVD's (Avaliação Índice de Barthel)
F. G.	16/10	15'	✓	- Supinação e pronação antebraço (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (2 séries; 10 repetições); - Adução e abdução dos dedos da mão (2 séries; 10 repetições);	11/11	15'	✓	- Supinação e pronação antebraço (2 séries; 15 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (2 séries; 15 repetições); - Adução e abdução dos dedos da mão (2 séries; 15 repetições);	Índice de Barthel (1ª avaliação) = 20 pontos ↓ Índice de Barthel (2ª avaliação) = 45 pontos
Hemicorpo Esquerdo									

3.ª Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Unidade Curricular: Cuidado Profissionalizante
 Estudante: Márcia Ribeiro [Redacted]



Instrumento de Avaliação: Terapia do Espelho

H. C.	16/10	10'	✓	<ul style="list-style-type: none"> - Supinação e pronação antebraço (1 série; 10 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (1 série; 10 repetições); - Flexão e extensão dos dedos da mão (1 série; 10 repetições); - Adução e abdução dos dedos da mão (1 série; 10 repetições); <p>* Sr.ª H. C. não tolerou mais exercícios/ séries por referir queixas algias no ombro direito.</p>	11/11	20'	✓	<ul style="list-style-type: none"> - Supinação e pronação antebraço (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão dos dedos da mão (2 séries; 10 repetições); - Adução e abdução dos dedos da mão (2 séries; 10 repetições); - Circundação da mão (2 séries; 10 repetições); - Oposição do polegar (2 séries; 10 repetições); 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de Barthel (1ª avaliação) = 20 pontos; <li style="text-align: center;">↓ - Índice de Barthel (2ª avaliação) = 35 pontos; - Avaliação da dor (1ª Avaliação): 3/10 (Escala Numérica); <li style="text-align: center;">↓ - Avaliação da dor (2ª Avaliação): 0/10 (Escala Numérica);
T. C.	16/10	5'	✓	<p>Não foi possível realizar a atividade, uma vez que a Sr.ª T. apresenta-se pouco colaborante, demonstrando dificuldade em cumprir ordens simples que permitam realizar cada exercício planeado na atividade.</p>	11/11	10'	✓	<ul style="list-style-type: none"> - Supinação e pronação antebraço (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão do punho (2 séries; 10 repetições); 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de Barthel (1ª avaliação) = 20 pontos; <li style="text-align: center;">↓ - Índice de Barthel (2ª avaliação) = 45 pontos;



Instrumento de Avaliação: Terapia do Espelho

J. C.	16/10	20'	✓	<ul style="list-style-type: none"> - Supinação e pronação antebraço (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão dos dedos da mão (2 séries; 10 repetições); - Adução e abdução dos dedos da mão (2 séries; 10 repetições); 	11/11	20'	✓	<ul style="list-style-type: none"> - Supinação e pronação antebraço (2 séries; 15 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (2 séries; 15 repetições); - Flexão e extensão dos dedos da mão (2 séries; 15 repetições); - Adução e abdução dos dedos da mão (2 séries; 15 repetições); 	<p>Índice de Barthel (1ª avaliação) = 50 pontos;</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Índice de Barthel (2ª avaliação) = 90 pontos;</p>
Hemicorpo Direito									

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
 Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante
 Estudante: Márcia Ribeiro [REDACTED]



Instrumento de Avaliação: Terapia do Espelho

M. A.	16/10	20'	✓	<ul style="list-style-type: none"> - Rotação interna e externa do ombro (2 séries; 10 repetições); - Supinação e pronação antebraço (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão do punho (2 séries; 10 repetições); - Flexão e extensão dos dedos da mão (2 séries; 10 repetições); - Adução e abdução dos dedos da mão (2 séries; 10 repetições); - Oposição do polegar (2 séries; 10 repetições); 	11/11	20'	✓	<ul style="list-style-type: none"> - Rotação interna e externa do ombro (2 séries; 15 repetições); - Supinação e pronação antebraço (2 séries; 15 repetições); - Flexão e extensão cotovelo (2 séries; 15 repetições); - Flexão e extensão do punho (2 séries; 15 repetições); - Flexão e extensão dos dedos da mão (2 séries; 15 repetições); - Adução e abdução dos dedos da mão (2 séries; 15 repetições); - Oposição do polegar (2 séries; 15 repetições); 	Índice de Barthel (1ª avaliação) = 75 pontos; ↓ Índice de Barthel (2ª avaliação) = 100 pontos;
Hemicorpo Esquerdo									

APÊNDICE XIX

Plano de Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de Quedas e Promoção
de Estratégias”

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação



Plano de Sessão de Educação para a Saúde

TEMA DA SESSÃO: Prevenção de Quedas e Promoção de Estratégias	FORMADORAS: [Redacted] Estudantes de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
DATA: 24 de outubro de 2025	LOCAL: [Redacted]
HORA/DURAÇÃO: 14h30-15h30/ 60 minutos	POPULAÇÃO-ALVO: 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	Objetivo Geral: Promover a capacitação das pessoas idosas para a prevenção da ocorrência de quedas no domicílio. Objetivos Específicos:	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:

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação



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;	Dinâmica de apresentação de um episódio de queda, abordando as estratégias de levantar em segurança	15	Expositivo + Dinâmica Interativa	Computador PowerPoint Monitor Produtos de Apoio (ex. andarilho/bengala) Tapete	Não aplicável
Exercício Físico como estratégia de prevenção de quedas	- Demonstrar e treinar estratégias seguras para uma situação	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 PowerPoint Monitor Bandas Elásticas Bola Pinça de alcance de objetos	Não aplicável
Conclusão/esclarecimentos e dúvidas	- Demonstrar e treinar estratégias seguras para uma situação	Encerramento e entrega de Checklist	5	Expositivo	Computador PowerPoint Monitor Checklist 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:

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação



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 Nº008/2019. *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:

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação




- 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/bpq
- 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:


ANEXOS

ANEXO I

ESCALA ASIA



NORMAS INTERNACIONAIS PARA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DE LESÃO DA MEDULA ESPINHAL (ISNC-SCI)



Paciente: _____ Data/Hora do exame: _____

Examinador: _____ Assinatura: _____

DIREITO MOTOR

Músculos chave

ESD (Extremidade superior direita)

C5 Flexor do cotovelo

C6 Extensor do punho

C7 Extensores do cotovelo

C8 Flexores dos dedos

T1 Abdutores dos dedos

EID (Extremidade inferior direita)

L2 Flexores do quadril

L3 Extensores do joelho

L4 Dorsoflexores do tornozelo

L5 Extensores do tornozelo

S1 Flexores plantares do tornozelo

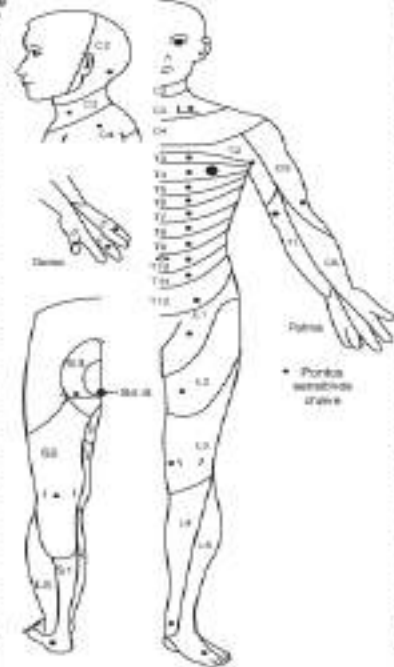
(CAV) Contração anal voluntária? (Sim/Não)

TOTAL DIREITO (MÁXIMO) _____

SENSITIVO

Pontos sensitivos chave Toque leve Batistulacão agulha (EA)

(TL) (EA)



Pontos sensitivos chave

SENSITIVO

Pontos sensitivos chave Toque leve Batistulacão agulha (EA)

(TL) (EA)

MOTOR ESQUERDO

Músculos chave

ESE (Extremidade superior esquerda)

C5 Flexor do cotovelo

C6 Extensor do punho

C7 Extensores do cotovelo

C8 Flexores dos dedos

T1 Abdutores dos dedos

MOTOR (ESCORE NO VERSO)

T2

T3

T4

T5

T6

T7

T8

T9

T10

T11

T12

SENSITIVO (ESCORE NO VERSO)

L1

L2 Flexores do quadril

L3 Extensores do joelho

L4 Dorsoflexores do tornozelo

L5 Extensores do tornozelo

S1 Flexores plantares do tornozelo

EIE (Extremidade inferior esquerda)

S2

S3

S4-5

(PAP) Pressão anal profunda? (Sim/Não)

TOTAL ESQUERDO (MÁXIMO) _____

ESCORE MOTOR

ESD + ESE = EMS TOTAL (MÁX 20) (25) = EMS TOTAL (20)

EID + EIE = EIS TOTAL (MÁX 25) (25) = EIS TOTAL (50)

TLD + TLE = TL TOTAL (MÁX 56) (56) = TL TOTAL (112)

EAD + EAE = EA TOTAL (MÁX 56) (56) = EA TOTAL (112)

NÍVEIS NEUROLÓGICOS

1. SENSITIVO 2. MOTOR

3. NÍVEL NEUROLÓGICO DA LESÃO (NLL) D E

4. COMPLETA OU INCOMPLETA Incompleta = alguma função sensitiva ou motora A1-5+4-5

5. ESCALA DE DEFICIÊNCIA ASIA (AIS)

6. ZONA DE PRESERVAÇÃO PARCIAL D E

7. ZONA DE PRESERVAÇÃO PARCIAL D E

8. ZONA DE PRESERVAÇÃO PARCIAL D E

Este formulário pode ser copiado gratuitamente mas não deve ser alterado sem permissão da American Injury Association.

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 contração 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 marcadas 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 nominal/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
Ombro: Flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa	C5
Cotovelo: supinação	C5
Cotovelo: Pronação	C6
Punho: Flexão	C6
Dedos: Flexão da interfalange proximal, extensão	C7
Polgar: Flexão, extensão e abdução no plano do polegar	C7
Dedos: Flexão metacarpo-falangeana	C8
Polgar: Oposição, adução e abdução perpendicular a palma da mão	C8
Dedos: abdução do indicador	T1
Quadril: Adução	L2
Quadril: Rotação externa	L3
Quadril: Extensão, abdução, rotação interna	L4
Joelho: Flexão	L4
Tornozelo: Inversão e evensão	L5
Dedos do pé: Extensão metatarsifalângica e interfalangeanas proximal e distais	L5
Hálux e dedos dos pés: Flexão e abdução interfalangeanas proximal e distais	S1
Hálux: Adução	S1

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 anterior, 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) 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 lado direito e esquerdo.** Definido 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 miotomo 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 caudal 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

Nota: 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 não é 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 mótomos caudais dos níveis sensitivo e motor que permanecem parcialmente preservados. 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".

Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Abreviações:

AIS = escala de deficiência ASIA
CAV = contração anal voluntária
EA = estímulo com agulha
EAD = estímulo com agulha à direita
EAE = estímulo com agulha à esquerda
EID = extremidade inferior direita
EIE = extremidade inferior esquerda
EIMS = extremidades dos membros inferiores
ESD = extremidade superior direita
ESE = extremidade superior esquerda
ESMS = extremidades dos membros superiores
ISNCSCI = sigla em inglês para Normas Internacionais para Classificação de Lesão da Medula Espinhal
LM = lesão medular
NA = não se aplica
NLN = nível da lesão neurológica
NT = não testável
PAP = pressão anal profunda
TL = toque leve
TLD = toque leve à direita
TLE = toque leve à esquerda
ZPP = zona de preservação parcial

ANEXO II

Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relato de
Caso Clínico do Estágio de Reabilitação na Comunidade



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE67_2025

Assunto: Projeto no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação_ Relato de Caso Clínico: “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação: Período pós-cirúrgico na pessoa com fratura do fémur”.

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

Assinado por: **MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS**
Num. de Identificação: 085-40466
Data: 2025.06.30 14:09:19+01'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

ANEXO III

Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica- Relato de
Caso Clínico do Estágio Profissionalizante



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE95_2025

Assunto: Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação: “A pessoa com lesão vertebro-medular: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação”, 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

Assinado por: **Maria João de Almeida dos Santos**
Num. de Identificação: 08540466
Data: 2025.12.02 15:03:06+00'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

ANEXO IV

Certificado “Comissão Organizadora do Encontro de celebração do Dia Nacional
do Enfermeiro”



CERTIFICADO

Certifica-se que a Sra. Enfermeira Márcia Ribeiro, 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

ESSATLA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA
Prof. Dra. Sandy Severino
P'la Comissão Organizadora

ANEXO V

Certificado de Participação *Webinar*: “Gestão, Indicadores e Boas Práticas na
Documentação de Enfermagem”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MÁRCIA CORREIA RIBEIRO

membro nº **88394** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar – Gestão, Indicadores e Boas Práticas na Documentação de Enfermagem"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 16 de Julho de 2025**, com duração total de **2h** no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 16 de Julho de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade 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 Actividades Formativas.

ANEXO VI

Certificado de Participação *Webinar*: "Da Emergência à Recuperação: Atuação integrada do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa em Processo Cirúrgico “



ANEXO VII

Certificado de Participação Seminário: “O presente e o futuro dos Enfermeiros
Especialistas em Reabilitação nos Centros Especializados”

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 **Márcia Correia Ribeiro** 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
Andreia Ruivo
Secretária do NER-CMRA

Rodrigo Ramos
Rodrigo Ramos
Enfermeiro Diretor do CMRA

ANEXO VIII

Certificado de Participação *Workshop*: “Reabilitação Respiratória: Impacto do
treino dos músculos respiratórios”

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 **Márcia Correia Ribeiro** 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 IX

Certificado de Participação Jornadas: “A transição de Cuidados de Reabilitação”

Certificado

Certifica-se que a Sra. Enf. Márcia Correia Ribeiro, 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^a Directora ULSLO
Ilda Roldão
Enfermeira Directora
Vogal Executiva do Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E.


Enf^a Coordenadora do NER-ULSLO



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LISBOA OCIDENTAL



ANEXO X

Certificado de Participação *Webinar*: "Desafios da Gestão em Enfermagem"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MÁRCIA CORREIA RIBEIRO

membro nº **88394** desta Ordem, participou no(a) **Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem**, realizado no(s) dia(s) **no dia 27 de Janeiro de 2026**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade 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

Publicação de 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 XII

Certificado de Participação Sessão de Educação para a Saúde: “Prevenção de
quedas e promoção de estratégias”



Declaração

Para os devidos efeitos, declara-se que a Sr.^a Enf.^a Márcia Ribeiro, 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 Barcarena" da Comissão Social de Freguesia de Barcarena, iniciativa promovida pela Junta de Freguesia de Barcarena, em parceria com a ESSATLA, no dia 24 de Outubro 2025 durante 1h.

Barcarena, 24 de Outubro de 2025

A Assistente Social,

(Ana Filipa Nobre)



Capacitação na transição do contexto hospitalar para domicílio: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Márcia Correia Ribeiro

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA