

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A
PESSOA APÓS AVC NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A ALTA**

MARTA ANDRADE

2026

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA
APÓS AVC NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A ALTA**

Marta Isabel da Cruz Simões Andrade

Orientação: Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena, 2026

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“A autora é a única responsável pelas ideias expressas no presente relatório.”

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“Cuidar é ajudar a pessoa a encontrar o seu poder de agir, de decidir e de viver de forma autónoma,
apesar das limitações impostas pela doença.”

Collière, 1999

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

DEDICATÓRIA

À minha família, fonte de força, equilíbrio e motivação. A cada um que acreditou em mim e me apoiou nesta caminhada.

Eternamente grata e com amor.

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório representa o culminar de uma etapa de grande crescimento pessoal e profissional, possível graças ao contributo e apoio de diversas pessoas e instituições, às quais expresso o meu mais profundo agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço à Escola Superior de Saúde Atlântica, e em particular aos docentes do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pela partilha de saberes, pela orientação científica e pelo incentivo constante ao pensamento crítico e reflexivo que marcaram todo o meu percurso académico.

Ao Professor Doutor Luís Sousa, o meu sincero agradecimento pela constante disponibilidade, ética e dedicação. A sua orientação atenta e inspiradora, marcada pela partilha de saberes e pelo exemplo de excelência profissional, marcaram de forma decisiva este percurso e inspiraram o meu crescimento pessoal e profissional.

Um agradecimento muito especial aos Enfermeiros Supervisores dos locais de estágio, Dulce Ferreira e Tiago Oliveira, pela sua disponibilidade, dedicação e rigor, bem como pela confiança depositada e pelo exemplo de profissionalismo que inspirou o desenvolvimento deste trabalho. A minha sincera gratidão às equipas de enfermagem e restantes profissionais de saúde, pela forma acolhedora com que me integraram na equipa e pela partilha de saberes e experiências.

Aos meus colegas do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de São Francisco Xavier, expresso o meu profundo agradecimento pela compreensão, disponibilidade e apoio demonstrados ao longo deste percurso. À minha querida Enfermeira Ana Paula Real, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação em funções de Chefia, deixo o meu profundo agradecimento pelo apoio incondicional e por ter criado as condições que tornaram possível a concretização deste mestrado.

Aos meus pais, irmã e cunhado, agradeço profundamente pelo amor, pelos valores e pela força que sempre me transmitiram, sustentando cada passo deste percurso. Ao meu marido, pela paciência e compreensão, mesmo nos momentos de maior exigência e ausência, que tornaram possível a concretização deste sonho. Aos meus filhos, pela ternura e por serem a maior fonte de motivação e inspiração diária.

Aos meus colegas do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pela partilha de experiências e por caminharem ao meu lado com carinho, compreensão e incentivo inabalável.

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Enquadramento: A evolução do conhecimento em Enfermagem de Reabilitação exige atualização contínua, capaz de acompanhar a complexidade das necessidades da pessoa com sequelas neurológicas e de sustentar intervenções especializadas. No Acidente Vascular Cerebral (AVC), a transição para a alta constitui um período de elevada vulnerabilidade, no qual a capacitação da pessoa e do cuidador assume um papel central na promoção da autonomia, prevenção de complicações e continuidade de cuidados. Este relatório analisa o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação, centradas na capacitação com a pessoa após AVC para uma transição segura e eficaz.

Objetivos: Descrever a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, assim como o desenvolvimento das competências de Mestre, no âmbito da reabilitação da pessoa com AVC.

Metodologia: Realizou-se uma revisão bibliográfica orientada para a intervenção do Enfermeiro Especialista na reabilitação da pessoa com AVC, com enfoque na capacitação funcional e na gestão da condição neurológica no período que antecede a alta. A posterior análise crítico-reflexiva articulou a evidência científica com as práticas implementadas, sustentando a aquisição das competências especializadas e de Mestre.

Resultados: O percurso formativo no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação permitiu aprofundar e consolidar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre, que se traduziram na prática clínica em benefícios concretos para as pessoas cuidadas, evidenciados por progressos na funcionalidade e na autonomia alcançados durante a intervenção de reabilitação.

Conclusão: A análise crítico-reflexiva realizada evidenciou a progressão e consolidação das competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação, destacando o contributo determinante do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na capacitação com a pessoa após AVC e na otimização dos resultados em saúde associados ao processo de transição para a alta.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Capacitação; Autonomia; Transição.

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

Background: Advances in rehabilitation nursing require continuous updating to keep pace with the complex needs of people with neurological sequelae and to support specialized interventions. In stroke, the transition to discharge is a period of high vulnerability, in which the training of the person and the caregiver plays a central role in promoting autonomy, preventing complications, and ensuring continuity of care. This report analyzes the development of specialized skills in Rehabilitation Nursing, focused on training the person after stroke for a safe and effective transition.

Objectives: To describe the acquisition and consolidation of the common and specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, in accordance with the Quality Standards for Specialized Care in Rehabilitation Nursing, as well as the development of Master's skills.

Methodology: A literature review was conducted focusing on the intervention of Specialist Nurses in the rehabilitation of people with stroke, with an emphasis on functional training and management of the neurological condition in the period prior to discharge. The subsequent critical-reflective analysis linked scientific evidence with the practices implemented, supporting the acquisition of specialized and Master's skills.

Results: The training program in the Master's Degree in Rehabilitation Nursing allowed for the deepening and consolidation of the common and specific skills of the Specialist Nurse and Master, which translated into concrete benefits for the people cared for in clinical practice, evidenced by progress in functionality and autonomy achieved during the rehabilitation intervention.

Conclusion: The critical-reflective analysis highlighted the progression and consolidation of specialized skills in Rehabilitation Nursing, emphasizing the decisive contribution of the Specialist Rehabilitation Nurse in training people after a stroke and optimizing health outcomes associated with the transition to discharge.

Descriptors: Rehabilitation Nursing; Stroke; Training; Autonomy; Transition.

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. APRECIÇÃO / ANÁLISE DO CONTEXTO	23
1.1 Contexto Comunitário	23
1.2 Contexto Hospitalar.....	27
1.2.1 Serviço de Neurologia	27
1.2.2 Serviço de Pneumologia	29
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	32
2.1 Definição de Conceitos	38
2.2 Teorias de Enfermagem de Suporte à Prática	44
2.2.1 Dorothea Orem	46
2.2.2 Afaf Meleis.....	48
2.2.3 Brendan McCormack e Tanya McCance.....	50
3. A PESSOA COM AVC E A INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	55
4. INTERVENÇÃO DO EEER NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS	64
5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	68
5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	71
5.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	87
5.3 Competências de Mestre	95
6. ANÁLISE SWOT.....	96
7. CONCLUSÕES	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	I
Anexo I: Pareceres da Comissão de Ética	II
Anexo II: Confirmação de Presença nas Jornadas.....	V

Anexo III: Certificado de apresentação de e-póster	VII
Anexo IV: Certificado de Presença no Curso VNI	IX
APÊNDICES	XI
Apêndice I: Consentimento Informado Livre e Esclarecido para a Participação em Investigação	XII
Apêndice II: E-Póster - “A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto Comunitário”	XV
Apêndice III: Sessão de Educação para a saúde - “Corpo Ativo, Mente Saudável: Ficar Parado Não é Opção”	XVII
Apêndice IV: Jogo Pedagógico “Prevenir Para Não Cair”	XIX
Apêndice V: Sessão de Formação sobre o Tema “Neuro Avaliação”	XXV
Apêndice VI: KIT de Neurologia	XXXI
Apêndice VII: Capacitar com a pessoa após acidente vascular cerebral na transição para a alta: Relato de Caso Clínico.....	XXXIII
Apêndice VIII: A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto Comunitário: Relato de Caso Clínico	XCIX

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA – *American Nurses Association*

ASA - *American Stroke Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrado

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESO - *European Stroke Organization*

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

ICN – *International Council of Nurses*

MRC - *Medical Research Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

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

RNAO - *Registered Nurses' Association of Ontario*

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPMI - Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

UVNI - Unidade de Ventilação Não Invasiva

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Estágio Profissionalizante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), e tem como finalidade evidenciar o percurso formativo e o desenvolvimento das competências do grau de Mestre, das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Este estágio representa uma etapa determinante no processo de consolidação da identidade profissional, permitindo integrar o conhecimento teórico-científico com a prática clínica, numa perspetiva reflexiva, crítica e baseada na evidência.

Ao longo do estágio, foi possível desenvolver e consolidar as competências do grau de Mestre, que se expressam na capacidade de aprofundar e aplicar o conhecimento adquirido ao longo do percurso académico, ampliando-o e integrando-o em contextos de prática clínica e de investigação. Este percurso favoreceu igualmente a aptidão para resolver problemas complexos e lidar com situações novas, em contextos interdisciplinares e diversificados, aplicando o raciocínio clínico e a tomada de decisão fundamentada. Evidenciou-se também a capacidade de integrar conhecimentos e formular juízos críticos e éticos em situações de incerteza, refletindo sobre as implicações éticas e sociais das decisões em saúde. Paralelamente, destacou-se a competência para comunicar de forma clara, fundamentada e adequada a diferentes públicos, quer a pares e equipas multiprofissionais, quer à pessoa cuidada e à sua família. Por fim, este percurso formativo reforçou a importância de promover uma aprendizagem contínua e autónoma, sustentada numa prática baseada na evidência e orientada para a melhoria permanente da qualidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 65/2018). Simultaneamente, foram mobilizadas as competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente na gestão dos cuidados, na tomada de decisão ética e responsável, na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019). Foram também aprofundadas as competências específicas da Enfermagem de Reabilitação, como a avaliação e intervenção na funcionalidade motora, sensorial, cognitiva e cardiorrespiratória, assim como na alimentação e eliminação, na capacitação da pessoa e do cuidador, e na reeducação das atividades de vida diária (Regulamento n.º 392/2019), de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015).

A prática clínica desenvolveu-se em dois contextos de cuidados: na comunidade, junto de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e no contexto hospitalar, no Serviço de Neurologia e de Pneumologia de uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Lisboa, possibilitando uma visão global, integrada e humanizada do cuidar em reabilitação. Esta

diversidade de experiências proporcionou uma compreensão abrangente e integrada do cuidar em reabilitação e permitiu desenvolver intervenções centradas na pessoa e na família, orientadas para a promoção da funcionalidade, autonomia, autocuidado e qualidade de vida, em diferentes fases do processo de saúde/doença e de recuperação neurológica.

Neste sentido, o relatório propõe-se descrever, analisar e refletir criticamente sobre as experiências vivenciadas, as intervenções desenvolvidas e os resultados obtidos, evidenciando o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa após AVC e na continuidade dos cuidados ao longo do processo de transição, numa prática ética, reflexiva e sustentada na evidência científica. No decurso da sua elaboração, recorreu-se pontualmente a ferramentas de inteligência artificial como apoio ao processo de tradução de alguns artigos científicos redigidos em língua estrangeira, bem como à revisão linguística e gramatical do texto produzido. A utilização destas ferramentas teve como finalidade melhorar a clareza, coerência e qualidade da escrita académica, sem comprometer a autoria intelectual, a análise crítica e a responsabilidade científica inerentes ao trabalho desenvolvido.

No que respeita à organização do relatório, o primeiro capítulo dedica-se à caracterização dos contextos de prática clínica onde os estágios foram desenvolvidos. O segundo capítulo centra-se no enquadramento concetual, articulando a prática com a evidência atual e com referenciais teóricos relevantes, particularmente no cuidado à pessoa com AVC. Neste âmbito, são clarificados conceitos estruturantes, que sustentam o desenvolvimento do trabalho. O terceiro capítulo dedica-se à compreensão do impacto do AVC na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa, integrando a fundamentação teórica sobre alterações neurológicas e limitações funcionais, assim como descreve a intervenção da enfermagem de reabilitação na avaliação da pessoa com AVC. O quarto capítulo incide sobre a análise do contributo da Enfermagem de Reabilitação na promoção de transições seguras e eficazes ao longo do percurso de cuidados. Posteriormente, no quinto capítulo, é apresentada uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo, integrando as experiências vivenciadas com os contributos da literatura. O capítulo seguinte inclui a análise *SWOT*, permitindo identificar os fatores facilitadores e inibidores internos (forças e fraquezas), os fatores facilitadores externos (oportunidades), assim como as barreiras externas (ameaças), que influenciaram o processo de desenvolvimento de competências.

A estrutura do relatório e a apresentação das referências bibliográficas obedeceram às orientações da *American Psychological Association (APA)*, 7.^a edição. Esta metodologia contribuiu para a qualidade académica do trabalho, promovendo a correta identificação das fontes consultadas e a transparência na mobilização da evidência científica.

1. APRECIÇÃO / ANÁLISE DO CONTEXTO

O percurso formativo da componente de prática clínica desenvolveu-se em dois contextos de estágio distintos e complementares. O primeiro estágio decorreu no contexto comunitário de 12 maio a 19 julho de 2025, num total de 400 horas, das quais 231h foram horas de contacto, distribuídas por 10 semanas, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região de Lisboa. O segundo estágio, correspondente ao Estágio Profissionalizante em Enfermagem de Reabilitação, decorreu de 8 setembro a 19 de dezembro, num total de 600 horas, das quais 300h foram de contacto, distribuídas por 15 semanas, e realizou-se maioritariamente no Serviço de Neurologia de uma ULS da região de Lisboa, tendo as duas últimas semanas decorrido no Serviço de Pneumologia da respetiva unidade hospitalar.

O Estágio constitui uma etapa essencial no percurso formativo, configurando-se como um espaço de aprendizagem experiencial de elevada densidade formativa, no qual o estudante integra o conhecimento científico, técnico e ético adquirido ao longo do curso com a prática clínica. Sustenta-se num conjunto de competências estruturantes, que visam o desenvolvimento de um exercício profissional autónomo, crítico e reflexivo. Assume-se como um processo dinâmico, reflexivo e integrador, que permite ao estudante desenvolver uma prática especializada, fundamentada na evidência científica e orientada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Neste sentido, os contextos de estágio não se configuraram apenas como espaços de aplicação prática, mas como ambientes de desenvolvimento científico e pessoal, onde a reflexão na ação e sobre a ação, a integração do conhecimento e o compromisso ético com a qualidade dos cuidados se tornaram elementos estruturantes do crescimento profissional e da consolidação da identidade enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação. A sua realização teve como finalidade o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, assim como das competências específicas do EEER e das competências do grau de Mestre.

1.1 Contexto Comunitário

O estágio de reabilitação na comunidade, realizado na equipa de ECCI de uma UCC integrada numa ULS de Lisboa, possibilitou a continuidade do processo de reabilitação no domicílio, com intervenções centradas na capacitação da pessoa e do cuidador, na promoção do autocuidado e na adaptação do ambiente familiar às respostas humanas e necessidades funcionais da pessoa dependente. Permitiu compreender a importância da articulação entre os diferentes níveis de cuidados e a relevância do EEER na promoção e manutenção da independência e na prevenção da institucionalização.

A UCC tem como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, dirigidos sobretudo às pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade, designadamente aqueles que se encontram em maior risco ou dependência física e funcional, ou que vivem com doença crónica que exige acompanhamento próximo e contínuo. Paralelamente, intervém nas áreas da educação para a saúde, da integração em redes de apoio à família e da implementação de unidades móveis de intervenção, promovendo a proximidade, a equidade no acesso aos cuidados e a melhoria da qualidade de vida da população (Despacho n.º 10143/2009).

No contexto comunitário, a Enfermagem de Reabilitação não se limita às visitas domiciliárias, abrangendo igualmente o desenvolvimento de projetos estruturados de promoção da saúde. A UCC onde se realizou o estágio de comunidade dinamiza iniciativas de relevo, das quais se destaca o “Programa de Exercício Físico na Comunidade: Academia Mobilidade Mafra Saudável”. Este projeto visa incentivar estilos de vida ativos e saudáveis, através da realização regular de sessões de exercício físico, com periodicidade de três vezes por semana, complementadas por ações de capacitação e educação para a saúde. Através destas iniciativas, o EEER contribui para a prevenção de complicações, para o reforço da literacia em saúde e para o empoderamento da pessoa e da família, afirmando-se como um elemento essencial numa resposta integrada, próxima e centrada na comunidade. A sua conceção e implementação encontram-se alinhadas com as orientações da Direção-Geral da Saúde, particularmente nos eixos da atividade física, da alimentação saudável e do envelhecimento ativo, contribuindo para a promoção da funcionalidade, da autonomia e do bem-estar da população.

A ECCI, integra profissionais de diferentes áreas e é coordenada pelos cuidados de saúde primários e serviços de apoio social. Responsabiliza-se pela prestação integrada de cuidados de saúde e apoio social no domicílio, incluindo cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação, de carácter preventivo, terapêutico, reabilitador e paliativo, dirigidos a pessoas em situação de convalescença, com doença crónica avançada, terminal ou com limitações funcionais. Estes cuidados destinam-se a pessoas que, apesar de disporem de suporte familiar e social, não apresentam condições clínicas ou funcionais que lhes permitam aceder de forma autónoma aos serviços de saúde, não carecendo, contudo, de internamento hospitalar, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. A sua intervenção inclui o treino e a capacitação de pessoas em situação de dependência, envolvendo ativamente os familiares e cuidadores informais no processo de cuidado, de modo a promover a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados no domicílio (Decreto-Lei n.º 101/2006; Santos, 2019). Atualmente, a equipa de ECCI integra três EEER, um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, um assistente social, um psicólogo, um nutricionista, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional e uma assistente administrativa. No exercício das suas funções enquanto gestor

de caso, o EEER assume a responsabilidade pela organização e calendarização das visitas domiciliárias, em articulação com o plano de intervenção individual definido para cada pessoa. A intervenção do EEER contempla a avaliação, o planeamento e a implementação de programas de reabilitação personalizados no domicílio, acompanhando habitualmente cinco a seis pessoas, com uma frequência de duas a três visitas semanais, com duração média de cerca de noventa minutos por sessão. Ao longo deste acompanhamento, é realizada uma monitorização contínua da evolução clínica e funcional da pessoa, permitindo ajustar as intervenções às necessidades identificadas, assim como às suas respostas às alterações dos processos corporais. Esta equipa assume uma intervenção determinante na promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida das pessoas acompanhadas em contexto comunitário. A sua atuação orienta-se por uma abordagem centrada na pessoa, privilegiando a capacitação, a recuperação e a manutenção do desempenho funcional, assim como a prevenção de novas complicações, através de uma intervenção global, integrada e ajustada às necessidades individuais (Santos, 2019). No domicílio, são prestados cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas em situação de dependência funcional ou com doença crónica, com o propósito de preservar ou recuperar a independência nas atividades de vida diária (Oliveira et al., 2021).

Todos os cuidados prestados e os progressos observados são devidamente documentados no processo clínico eletrónico (SCLínico®), assegurando a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados. A admissão das pessoas na ECCI pode ocorrer por referência das Equipas de Gestão de Altas hospitalares e das Unidades Funcionais do concelho ou de outras áreas geográficas, nomeadamente em situações em que a pessoa, não sendo residente habitual, se encontre temporariamente a viver com familiares. A referência pode igualmente ser efetuada no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A avaliação inicial é realizada de forma conjunta pelo EEER e pelo assistente social, aquando da primeira visita domiciliária, permitindo uma análise integrada das necessidades clínicas, funcionais e sociais. A intervenção em Enfermagem de Reabilitação centra-se predominantemente nos domínios músculo-esquelético, respiratório e cardíaco, bem como na prevenção e tratamento das síndromes associadas à imobilidade. Com vista à organização e otimização dos cuidados prestados, realizam-se reuniões quinzenais da equipa, onde são discutidas as situações clínicas das pessoas, analisadas novas admissões e planeados os processos de alta, promovendo uma comunicação eficaz e uma tomada de decisão partilhada.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o EEER é responsável pelo planeamento, implementação e avaliação de intervenções especializadas de Enfermagem de Reabilitação, fundamentadas na análise dos problemas atuais e potenciais da pessoa. O seu elevado nível de conhecimento científico e experiência clínica conferem-lhe competência para decisões

informadas, orientadas para a promoção da saúde, a prevenção de complicações secundárias e a maximização do potencial funcional. A sua intervenção orienta-se para a identificação precoce de alterações e para a implementação de estratégias preventivas, com vista à preservação das capacidades funcionais, à redução do risco de complicações e à prevenção de incapacidades em pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo de vida e nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Desenvolve, igualmente, intervenções terapêuticas destinadas a potenciar as funções preservadas, promover a recuperação ou manutenção da autonomia nas atividades de vida diária (AVD) e minimizar o impacto das limitações existentes, nomeadamente nas áreas neurológica, cardíaca, ortopédica e respiratória. Para concretizar estes objetivos, utiliza técnicas específicas de reabilitação e aposta na capacitação da pessoa, da família e dos cuidadores, assegurando o planeamento da alta, a continuidade dos cuidados e a reintegração social, sempre com respeito pela dignidade e pela qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019 da OE; Santos, 2019). Compete ao EEER a partilha de conhecimentos e o desenvolvimento de competências junto da família e dos cuidadores, através da instrução, do ensino e do treino adequados. Esta capacitação visa dotá-los de segurança, autonomia e confiança para responder de forma eficaz às exigências do cuidado, promovendo a sua motivação e o envolvimento ativo na gestão dos desafios associados à condição de saúde da pessoa (Oliveira et al., 2021; Santos, 2019).

Neste estágio, tive a oportunidade de acompanhar de forma próxima a intervenção do EEER, observando a sua autonomia na definição e implementação de programas de reabilitação ajustados à condição clínica, ao meio envolvente e à singularidade de cada pessoa. Esta experiência permitiu evidenciar a importância da tomada de decisão clínica fundamentada, bem como o impacto do trabalho de proximidade característico dos cuidados comunitários. A participação nas primeiras visitas domiciliárias, momento-chave para a avaliação inicial e admissão do utente na ECCI, revelou-se particularmente relevante para a colheita de informação relativa à situação clínica, às condições habitacionais, às expectativas e aos objetivos da pessoa face ao processo de reabilitação. A prestação de cuidados no contexto real de vida da pessoa possibilita uma avaliação mais abrangente, integrando dimensões físicas, sociais e culturais, e favorece o planeamento de intervenções mais realistas, eficazes e exequíveis. Segundo Oliveira et al. (2021), a intervenção neste contexto permite ao EEER aprofundar o conhecimento sobre a pessoa no seu ambiente familiar e social, facilitando a compreensão das dinâmicas familiares, a identificação dos recursos disponíveis e das necessidades existentes, bem como a construção de uma relação terapêutica sustentada na confiança e na colaboração com a pessoa e a família/cuidador informal, elementos essenciais para a eficácia do processo de cuidados. Ao longo do acompanhamento, tornou-se evidente o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, baseada

na confiança, no envolvimento ativo e na corresponsabilização da pessoa e da família relativamente ao plano de cuidados definido.

1.2 Contexto Hospitalar

1.2.1 Serviço de Neurologia

No contexto hospitalar, o Serviço de Neurologia caracteriza-se pela prestação de cuidados de saúde altamente especializados na área das doenças neurológicas, dirigidos tanto à população pertencente à área de influência do hospital como a utentes de outras unidades da Unidade Local de Saúde, bem como a todas as pessoas com patologias que se enquadrem nas áreas de especialização e que procuram o serviço pela sua diferenciação técnica e excelência dos cuidados (Ministério da Saúde, 2024a). A sua estrutura organizacional é composta por diversas unidades funcionais, que asseguram uma resposta ampla e ajustada às necessidades e respostas aos processos corporais alterados nas pessoas com patologia neurológica. Entre estas unidades destacam-se o internamento, o hospital de dia, as consultas externas e diferentes unidades especializadas, como a Unidade de AVC e a Unidade de Epilepsia. Esta organização permite oferecer um acompanhamento contínuo, abrangendo as fases de diagnóstico, intervenção terapêutica, reabilitação e seguimento ambulatorio, garantindo assim a continuidade dos cuidados e a integralidade da resposta. O Serviço de neurologia assume também um papel determinante no apoio a outras valências hospitalares, garantindo assistência especializada ao Serviço de Urgência Geral, Obstétrica e Pediátrica. Destaca-se ainda a sua participação na Via Verde do AVC, em estreita colaboração com os Serviços de Medicina Interna, Neurocirurgia e Neurorradiologia, garantindo o tratamento especializado do AVC em fase aguda, com recurso a procedimentos de elevada complexidade, como a trombólise e a trombectomia.

Para além da sua atividade interna, o Serviço de Neurologia incorpora a Urgência Metropolitana de Lisboa, integrando uma escala rotativa mensal com os principais serviços de neurologia da área metropolitana, o que permite garantir a continuidade e equidade no acesso aos cuidados neurológicos especializados. Importa ainda referir que o serviço é reconhecido pelo seu elevado nível de diferenciação, integrando dois Centros de Referência nacionais. Em parceria com os Serviços de Neurocirurgia e Neurorradiologia, constitui o Centro de Referência de Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular, direcionado ao tratamento especializado da patologia cerebrovascular. Paralelamente, integra o Centro de Referência de Epilepsia Refratária, que oferece cuidados altamente diferenciados nesta área clínica, em colaboração com outras instituições hospitalares, reforçando o compromisso do serviço com a excelência, a inovação e a qualidade dos cuidados.

O Serviço de Neurologia constitui um contexto clínico de elevada complexidade, dedicado à prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças que afetam o sistema nervoso central e periférico. A natureza diferenciada deste serviço traduz-se na prestação de cuidados especializados a pessoas com diversas condições neurológicas, entre as quais se destacam a epilepsia, as doenças do movimento, as perturbações cognitivas, as doenças cerebrovasculares, as patologias desmielinizantes, as doenças neuromusculares, os distúrbios do sono e as cefaleias. Entre as patologias acompanhadas, assume particular relevância o AVC, que representa uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível nacional e mundial (Freitas, 2022; World Health Organization, 2024). A elevada incidência de pessoas com esta condição torna imperativa uma resposta integrada, rápida e especializada, capaz de intervir desde a fase aguda até à reabilitação e ao acompanhamento em ambulatório. As sequelas decorrentes do AVC manifestam-se frequentemente sob a forma de défices motores, sensoriais, cognitivos e da comunicação, condicionando a capacidade funcional e a realização autónoma das AVD. Face a estes desafios, impõe-se uma abordagem terapêutica precoce, diferenciada e centrada na pessoa, orientada para a recuperação funcional, a maximização da autonomia e a reintegração familiar e social. Esta perspetiva assenta nos princípios orientadores da Enfermagem de Reabilitação (ER), que valoriza o cuidar como processo contínuo, individualizado e promotor da qualidade de vida.

Este serviço dispõe de oito quartos, cada um com duas camas, sendo que um deles se encontra equipado para a realização de vídeo-eletroencefalogramas, exame que permite o registo contínuo da atividade elétrica cerebral, essencial para o diagnóstico e monitorização de diversas patologias neurológicas.

A equipa de enfermagem é composta um Enfermeiro Especialista em funções de chefia, uma enfermeira coordenadora, enfermeiros generalistas e dois EEER. Embora os EEER não estejam exclusivamente afetos à prestação de cuidados de reabilitação, intervêm sempre que possível com cuidados diferenciados, centrando a sua intervenção na promoção da funcionalidade, prevenção de complicações, capacitação da pessoa e do cuidador/família e melhoria da qualidade de vida.

O método por Enfermeiro Responsável constitui o modelo organizacional em vigor no Serviço de Neurologia, no qual cada um dos enfermeiros assume a responsabilidade pela gestão e prestação de cuidados a uma ou mais pessoas ao longo do seu turno e, sempre que possível, ao longo de todo o internamento. Este modelo visa assegurar a continuidade, a individualização e a qualidade dos cuidados, reforçando o sentido de responsabilidade profissional, a autonomia e a proximidade na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Ao assumir a gestão integral dos cuidados de um conjunto de pessoas, o enfermeiro torna-se responsável pelo planeamento, execução, Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

monitorização e avaliação das intervenções, articulando com os restantes elementos da equipa multidisciplinar de forma a garantir uma abordagem integrada e coerente do processo de reabilitação (Parreira et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2021). A implementação deste método promove uma prática de enfermagem centrada na pessoa, sustentada na metodologia do processo de enfermagem — avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação — e orientada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015). Este modelo favorece ainda a autonomia do enfermeiro, o raciocínio clínico, a tomada de decisão ética e fundamentada e a responsabilização pelos resultados em saúde, contribuindo diretamente para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências do grau de Mestre em Enfermagem. Neste contexto, a aplicação do método por Enfermeiro Responsável potencia uma prática mais centrada na pessoa, humanizada e reflexiva, permitindo uma intervenção de reabilitação mais eficaz e contínua, adaptada às respostas humanas da pessoa com défice neurológico e à sua família, promovendo a autonomia funcional e a melhoria dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Parreira et al., 2021).

O Serviço de Neurologia assenta num modelo de trabalho em equipa interdisciplinar, no qual diferentes profissionais de saúde — médicos neurologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais — colaboram de forma articulada, centrando as suas intervenções na pessoa e na sua rede de suporte. Este modelo favorece uma abordagem integral e contínua do processo de saúde/doença, permitindo que cada profissional contribua com a sua área de competência para a definição e concretização dos objetivos terapêuticos comuns (Soares et al., 2022). A enfermagem intervém de forma expressiva neste modelo, assegurando a avaliação contínua da pessoa, a coordenação dos cuidados, a comunicação entre profissionais e família, e a implementação de intervenções personalizadas orientadas para a recuperação da funcionalidade e a prevenção de complicações. O EEER, em particular, tem um contributo determinante na avaliação e reeducação da funcionalidade, na prevenção de complicações, na capacitação da pessoa/família e na transição para a alta hospitalar.

1.2.2 Serviço de Pneumologia

O serviço de Pneumologia, integrado no departamento de Medicina, é uma unidade clínica especializada na área das doenças respiratórias, que assume um papel central na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas com doenças respiratórias agudas e crónicas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados respiratórios prestados à população que abrange. A sua missão centra-se na prestação de cuidados de saúde respiratórios de elevada qualidade, seguros, humanizados e centrados na pessoa, promovendo o diagnóstico atempado, o

tratamento adequado e o acompanhamento clínico das diversas patologias do sistema respiratório. Esta missão está alinhada com os princípios do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente a equidade no acesso/acessibilidade, a continuidade dos cuidados, a eficiência na utilização dos recursos e a prática clínica baseada na melhor evidência científica disponível. Paralelamente, o serviço compromete-se com a promoção da saúde respiratória e a prevenção da doença, desenvolvendo estratégias educativas dirigidas às pessoas com doença respiratória e às suas famílias, bem como iniciativas de sensibilização para fatores de risco, como o tabagismo (Ministério da Saúde, 2024b).

O serviço de pneumologia presta cuidados a pessoas com uma diversidade significativa de patologias respiratórias, entre as quais se destacam a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a pneumonia, a asma, a neoplasia do pulmão, a insuficiência respiratória, o tromboembolismo pulmonar e as doenças intersticiais pulmonares. Encontra-se estruturado em diferentes unidades funcionais, que permitem dar resposta diferenciada e integrada às necessidades das pessoas com patologia respiratória, nomeadamente o Internamento, a Consulta Externa, o Laboratório de Função Respiratória, o Laboratório de Polissonografia, a Unidade de Técnicas Pneumológicas e a Unidade de Ventilação Não Invasiva (UVNI) (Ministério da Saúde, 2024b). O Internamento situa-se no Piso 2 e dispõe de uma capacidade total de 22 camas, 16 de enfermaria, 2 de internamento eletivo para a realização de estudos Poligráficos do Sono e 4 camas na UVNI, destinadas a pessoas que requerem monitorização contínua e necessitam de cuidados respiratórios mais especializados. Este serviço também dá apoio à urgência Geral, garantindo a presença diária de um pneumologista entre as 08h e as 20h, reforçando a articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

A equipa multidisciplinar integra diferentes profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, pneumologistas, oncologistas, técnicos auxiliares de saúde, fisioterapeuta e assistente social. A equipa de enfermagem é constituída por uma Enfermeira Gestora, uma enfermeira coordenadora, EEER, enfermeiros de cuidados gerais e uma EEER, que não assume a prestação exclusiva de cuidados de reabilitação. No entanto, sempre que é necessário, as EEER prestam cuidados especializados de reabilitação, orientando a sua prática para a reeducação funcional e respiratória da pessoa, prevenção de complicações, promoção do autocuidado e capacitação da pessoa e da família ou cuidador informal, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença respiratória. A coordenadora, EEER, implementou no serviço um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, como Procedimento Setorial de Enfermagem, intitulado “Respire bem, mexa-se melhor!”, que tem como focos de intervenção ER a ventilação, a limpeza das vias aéreas, a intolerância à atividade, o movimento muscular, o equilíbrio, a aferição de oxigénio e a gestão do regime terapêutico.

O método Individual constitui o modelo de organização do trabalho adotado pelos enfermeiros no serviço de pneumologia. Segundo Ventura-Silva (2024), em relação ao método individual, a prestação de cuidados assenta na atribuição de um determinado número de pessoas internadas a cada enfermeiro durante o respetivo turno, sendo esta distribuição determinada pela carga de trabalho e pela complexidade dos cuidados necessários, de modo a garantir uma distribuição equilibrada e adequada às exigências dos cuidados. Neste sentido, o enfermeiro é responsável por realizar uma avaliação global e sistemática de cada pessoa, com vista à elaboração de um plano de cuidados individual ajustado à condição clínica da mesma. Assim, a prestação de cuidados é orientada pelas necessidades, respostas humanas e preferências de cada pessoa, promovendo uma abordagem personalizada e contínua. O enfermeiro gestor do serviço é o responsável pela tomada de decisão, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (Ventura-Silva, 2024).

Do ponto de vista organizacional, a prestação de cuidados orienta-se por princípios fundamentais, que sustentam a prática clínica, nomeadamente a humanização dos cuidados e o respeito pela dignidade da pessoa, incentivando o envolvimento ativo da pessoa e da sua família no plano terapêutico e na tomada de decisão. Paralelamente privilegia a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa, asseguradas através da aplicação de boas práticas, trabalho em equipa, comunicação interdisciplinar eficaz, monitorização contínua dos cuidados prestados e revisão dos protocolos institucionais. O serviço valoriza igualmente a educação e promoção da saúde respiratória, desenvolvendo intervenções de apoio à desabilitação tabágica, capacitando a pessoa para o autocuidado e incentivando estratégias que visam prevenir o aparecimento ou agravamento de complicações decorrentes das doenças respiratórias. A intervenção do enfermeiro é fundamental na promoção do autocuidado, na gestão de sintomas respiratórios, na prevenção de complicações e na preparação da pessoa para a alta, através de sessões de educação para a saúde sobre exercícios respiratórios, gestão da dispneia e adesão ao regime terapêutico.

A análise global destes contextos evidencia a importância da integração dos cuidados de reabilitação ao longo do processo de transição saúde-doença, reforçando o contributo do EEER para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Portugal enfrenta um processo acelerado de envelhecimento populacional. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), entre 2015 e 2023 observou-se um envelhecimento demográfico marcado da população residente em Portugal. Durante este período, a percentagem de jovens com menos de 15 anos diminuiu de 14,2% para 12,8%. Em simultâneo, a população em idade ativa, dos 15 aos 64 anos, também registou uma redução, passando de 65,0% para 63,1%. Em sentido inverso, a população com 65 ou mais anos aumentou de forma expressiva, de 20,9% para 24,1%, refletindo o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento progressivo da sociedade portuguesa, constituindo um dos maiores desafios para os sistemas de saúde, uma vez que se traduz numa maior prevalência de doenças crónicas, incapacidades e dependências (B. Novo et al., 2025).

Relativamente à esperança de vida, no período compreendido entre 2021 e 2023 observou-se, em Portugal, um ligeiro incremento da esperança média de vida, refletindo a evolução positiva das condições de vida e dos cuidados de saúde. À nascença, a esperança de vida atingiu os 78,37 anos para os homens e os 83,67 anos para as mulheres, traduzindo aumentos de 0,32 anos no sexo masculino e de 0,15 anos no sexo feminino relativamente ao triénio precedente. Também aos 65 anos se registaram ganhos na longevidade: os homens apresentavam uma expectativa de vida adicional de 18,00 anos e as mulheres de 21,11 anos, valores que correspondem a acréscimos de 0,24 e 0,13 anos, respetivamente. Estes indicadores evidenciam uma evolução sustentada da longevidade, ainda que persistam diferenças significativas entre os sexos (INE, 2024).

Este fenómeno demográfico constitui um dos principais determinantes do aumento da incidência de AVC na Europa, uma vez que contribui para uma maior incidência de fatores de risco cardiovasculares e para o aumento da suscetibilidade a eventos cerebrovasculares. Entre 2014 e 2022 observou-se, na generalidade dos Estados Membros da União Europeia, uma redução da proporção de indivíduos em idade jovem e um aumento significativo da população envelhecida. Portugal apresenta-se como um dos países mais envelhecidos, registando, em 2023, um índice de 188,1 idosos por cada 100 jovens, com valores superiores nas regiões Centro e Alentejo (INE, 2024). Em 2023, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) estima que, até 2030, a Europa registe um crescimento de 23% na população com 60 ou mais anos, potenciando igualmente a incidência de eventos cerebrovasculares. O envelhecimento constitui um fator estruturante no contexto do AVC, estando associado a um aumento progressivo da sua incidência e a alterações fisiológicas, metabólicas e vasculares que elevam a vulnerabilidade das pessoas envelhecidas. Estas mudanças relacionadas com a idade não só aumentam o risco de ocorrência de AVC, como influenciam negativamente o prognóstico funcional e

contribuem para uma maior complexidade clínica, exigindo cuidados mais diferenciados, prolongados e integrados ao longo do processo de reabilitação (Kokaia & Martinez-Curiel, 2025). Neste contexto, documentos estratégicos europeus, como o *Stroke Action Plan for Europe 2018–2030*, desenvolvido pela *European Stroke Organization (ESO)* e pela *Stroke Alliance for Europe*, reforçam as estratégias de prevenção, o acesso célere a cuidados diferenciados como a Via Verde AVC, a promoção de uma reabilitação precoce e sustentada, a monitorização sistemática dos resultados em saúde e a reintegração social e comunitária da pessoa após o evento (SPMI, 2023).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo contínuo, de natureza biológica, psicológica e social, que se desenvolve de forma dinâmica ao longo do ciclo de vida, envolvendo modificações funcionais, estruturais e comportamentais progressivas. Estas transformações conduzem a um aumento da vulnerabilidade, a uma redução da reserva funcional e a um maior risco de doença e incapacidade. Contudo, o envelhecimento não se limita a uma perspetiva de declínio, integrando igualmente a capacidade de adaptação, a resiliência e a possibilidade de preservação do bem-estar, em interação com fatores individuais, sociais e ambientais (Netto, 2002, citado por Ferreira et al., 2010, p. 1066).

As doenças cerebrovasculares constituem uma das maiores ameaças à saúde pública contemporânea, pela sua elevada prevalência, impacto na mortalidade, repercussões funcionais e custos sociais e económicos associados. Entre estas, o AVC destaca-se como a principal causa de morte e de incapacidade adquirida em Portugal, configurando-se como um evento clínico agudo, que altera de forma súbita o estado de saúde da pessoa e provoca uma rutura significativa no seu quotidiano e no da sua família (Sá, 2009). Em 2022, o AVC foi responsável por 9.616 óbitos, correspondendo a 7,7% do total de mortes registadas no país. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade situou-se nos 92,1 por 100 mil habitantes, valor ligeiramente inferior ao de 2021 (92,2). Persistem ainda diferenças marcadas entre os sexos: por cada 100 mortes femininas ocorreram apenas 75,8 óbitos em homens, indicador que sugere uma maior vulnerabilidade das mulheres e um agravamento face ao ano anterior (INE, 2024).

Conceptualmente, o AVC caracteriza-se por uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral, provocando isquémia ou hemorragia e, conseqüentemente, a morte celular em áreas importantes do cérebro (Jales et al., 2024). Esta alteração abrupta traduz-se num défice neurológico agudo, cuja expressão depende do território cerebral afetado e da extensão da lesão. Os sinais e sintomas traduzem um défice neurológico focal, que se mantém por um período superior a 24 horas ou resulta em morte (Figueiredo et al., 2020). A compreensão fisiopatológica deste fenómeno é essencial para o entendimento das suas implicações funcionais: as vias neuronais, responsáveis pela integração

sensoriomotora e pelas funções cognitivas e comunicacionais, são interrompidas, comprometendo profundamente a autonomia e a capacidade de autocuidado da pessoa. A unilateralidade típica da apresentação clínica, decorrente do cruzamento das vias cortico-espinais, e as alterações cognitivas e comportamentais associadas sustentam a necessidade de uma avaliação global e sistemática, centrada no potencial funcional e nas respostas humanas da pessoa. Calcula-se que cerca de 80% dos casos sejam de origem isquémica, resultantes da oclusão arterial por trombo ou êmbolo, e 20% correspondem a eventos hemorrágicos, decorrentes da ruptura de vasos sanguíneos (Figueiredo et al., 2020). Independentemente do tipo, trata-se sempre de uma urgência médica que exige resposta imediata.

A compreensão dos fatores de risco reforça também a complexidade do AVC. Os determinantes modificáveis, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo ou alcoolismo, sedentarismo, fibrilhação auricular, obesidade, estenose carotídea, doença de células falciformes, terapia hormonal de substituição e AIT ou AVC prévio, remetem para a importância da educação para a saúde e da prevenção secundária enquanto componentes intrínsecos da prática da Enfermagem de Reabilitação. Os determinantes não modificáveis, nomeadamente idade, o sexo, a raça ou etnia e a história familiar, salientam a dimensão estrutural e inevitável de determinados fatores predisponentes (*American Stroke Association*, 2025). Esta distinção conceptual entre fatores passíveis de intervenção e fatores inerentes à condição humana é essencial no domínio da Enfermagem de Reabilitação, na medida em que a intervenção especializada se centra simultaneamente na recuperação funcional, na capacitação para o autocuidado e na prevenção secundária, sustentando mudanças comportamentais e estratégias de gestão da condição crónica.

Estima-se que, em Portugal, ocorram aproximadamente três novos episódios de AVC a cada hora: um desses episódios resulta em morte e cerca de metade dos sobreviventes apresentará sequelas que condicionam a sua autonomia. Nos AVC isquémicos, a reperfusão através de trombólise intravenosa apresenta eficácia máxima até quatro horas e meia após o início dos sintomas, sendo uma intervenção tempo-dependente. Em situações hemorrágicas, a abordagem pode incluir intervenção cirúrgica urgente, com o objetivo de controlar a hemorragia, limitar o aumento da pressão intracraniana e preservar a função cerebral (Figueiredo et al., 2020).

O AVC isquémico pode resultar de trombose, embolia ou hipoperfusão sistémica. A trombose traduz-se na formação de coágulos nas artérias cerebrais, podendo reduzir o fluxo sanguíneo ou originar embolização distal. A gravidade clínica depende diretamente do território cerebral comprometido. O Acidente Isquémico Transitório (AIT), por sua vez, consiste num episódio breve de disfunção neurológica por isquémia cerebral, medular ou retiniana, sem evidência de enfarte nas técnicas de

imagem. Já o AVC hemorrágico inclui a hemorragia intracerebral (HIC) e a hemorragia subaracnoideia (HSA). A HIC resulta da rutura de pequenas artérias ou arteríolas e conduz ao extravasamento sanguíneo no parênquima cerebral, com agravamento progressivo dos sintomas à medida que o hematoma se expande. A HSA, frequentemente causada pela rutura de aneurismas intracranianos, leva à libertação de sangue no líquido cefalorraquidiano, provocando aumento súbito da pressão intracraniana. Clinicamente manifesta-se através de cefaleia repentina e intensa – frequentemente descrita como “a pior dor de cabeça de sempre” – podendo associar-se a perda de consciência, convulsões, náuseas, vômitos, rigidez da nuca ou défices neurológicos (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025).

Segundo a *American Stroke Association* (ASA, 2025), as manifestações clínicas do AVC estão diretamente relacionadas com a localização e a extensão da lesão cerebral, podendo traduzir-se em alterações das funções motoras, sensoriais e cognitivas. Atendendo ao cruzamento das vias neuronais ao longo do seu trajeto, cada hemisfério cerebral exerce controlo predominante sobre o lado contralateral do corpo. Deste modo, as lesões localizadas no hemisfério esquerdo originam, maioritariamente, défices no hemicorpo direito, nomeadamente parésia ou défice motor, alterações da sensibilidade, dificuldades na fala e na linguagem, perturbações do pensamento abstrato, bem como alterações da memória e do raciocínio, sendo frequente a presença de um padrão comportamental mais lento, cauteloso e reflexivo. Por sua vez, as lesões do hemisfério direito repercutem-se predominantemente no lado esquerdo do corpo, manifestando-se através de défice motor ou sensorial, alterações visuais, perturbações da perceção espacial, alterações cognitivas e mnésicas, estando frequentemente associadas a um estilo comportamental mais impulsivo e exploratório. Estes mecanismos neurofuncionais fundamentam a necessidade de uma avaliação sistematizada e rigorosa, sustentada na utilização de escalas validadas de défice neurológico, funcionalidade e autocuidado, as quais orientam o diagnóstico de enfermagem de reabilitação e a definição criteriosa das prioridades de intervenção (Andrade et al., 2023).

A nível organizacional, a resposta ao AVC em Portugal é estruturada através das Vias Verdes do AVC, que se inserem numa lógica conceptual de redes de cuidados coordenados e diferenciados. Este modelo visa minimizar o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o acesso ao diagnóstico e tratamento especializado, nomeadamente trombólise intravenosa ou trombectomia mecânica. A existência de protocolos bem definidos, equipas multidisciplinares especializadas e unidades de AVC dedicadas evidencia a evolução do sistema de saúde para modelos de intervenção integrados e centrados na pessoa, com foco na redução da mortalidade e na prevenção das sequelas incapacitantes (Ministério da Saúde, 2020). Os principais sinais focais associados ao início súbito do AVC englobam a

assimetria da face, habitualmente observada através do desvio da comissura labial ou da incapacidade de realizar um sorriso simétrico; a presença de parésia ou incapacidade de mobilização de um dos membros; e as alterações da fala, que se podem manifestar por dificuldade na articulação das palavras (disartria), lentificação do discurso ou produção verbal incoerente (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

No AVC isquémico, a prioridade terapêutica centra-se na rápida restauração da circulação sanguínea cerebral, com o objetivo de limitar a extensão da lesão e preservar o máximo de tecido neurológico viável. Para esse efeito, estão disponíveis duas modalidades de intervenção: a abordagem farmacológica por trombólise e a intervenção endovascular por trombectomia mecânica.

A trombólise consiste na administração intravenosa de alteplase (r-tPA), um agente fibrinolítico que atua promovendo a dissolução do trombo responsável pela oclusão vascular, permitindo a reperfusão da área cerebral afetada. Esta terapêutica apresenta maior eficácia quando administrada precocemente, devendo ser iniciada, idealmente, até quatro horas e meia após o início dos sintomas. A trombectomia mecânica é caracterizada como um procedimento invasivo de recanalização arterial, no qual o trombo é removido diretamente através de um cateter introduzido, regra geral, pela artéria femoral direita, até ao local da obstrução no território cerebral. Esta técnica está indicada preferencialmente nas primeiras seis horas após o início do quadro clínico, podendo, em casos criteriosamente selecionados e com base em exames imagiológicos que evidenciem viabilidade cerebral, ser realizada até 24 horas após o evento (ASA, 2025; ESO, 2024; Portugal *Angels Nurse Task Force*, 2025).

Em 2019, foram internados 25.105 doentes por AVC nos hospitais públicos portugueses, sendo 12.996 em unidades de AVC. Dos 9.841 casos isquémicos, 2.467 receberam trombólise e 2.057 trombectomia, valores superiores aos registados em 2017, evidenciando melhoria no acesso a terapêuticas de reperfusão (DGS, 2021). Estes resultados aproximam-se das metas europeias que recomendam tratar 15% dos doentes com trombólise e 5% com trombectomia. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2021–2030, esta evolução deve articular-se com estratégias de prevenção, reforço da Via Verde do AVC e programas de reabilitação, fundamentais para a recuperação funcional e qualidade de vida após o AVC (DGS, 2022).

A abordagem terapêutica da pessoa com AVC visa não apenas a estabilização clínica imediata e a redução da mortalidade, mas também a prevenção de complicações neurológicas e sistémicas, a maximização do potencial de recuperação funcional e a promoção da autonomia, através da capacitação para o autocuidado e da reintegração progressiva na vida quotidiana (António et al., 2025).

O impacto do AVC transcende a dimensão biomédica, constituindo um evento crítico de vida que desencadeia uma transição súbita, involuntária e disruptiva na trajetória de saúde da pessoa. A perda súbita de capacidades motoras, sensoriais, cognitivas e comunicacionais podem comprometer profundamente o desempenho funcional da pessoa, exigindo um processo complexo de adaptação, reestruturação do autoconceito, reorganização do cotidiano e reconstrução de competências. Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação assume um papel estruturante, ao integrar conhecimentos científicos, modelos teóricos e metodologias de intervenção centradas na pessoa, orientadas para a promoção da autonomia, para a maximização do potencial de recuperação funcional e para o reforço das capacidades de autocuidado (Schoeller et al., 2021). A prática especializada desenvolve-se com base em avaliação rigorosa, sistemática e contínua, suportada por escalas validadas, que permitem identificar as necessidades e as respostas humanas às alterações nos processos corporais, formular diagnósticos de enfermagem de reabilitação, definir objetivos terapêuticos e monitorizar resultados sensíveis aos cuidados (Andrade et al., 2023; Schoeller et al., 2021).

No contexto dos modelos atuais de qualidade em saúde, tem-se reforçado a importância de integrar a perspectiva da pessoa na avaliação dos cuidados, reconhecendo que a qualidade envolve não apenas eficácia e segurança, mas também o impacto percebido e a experiência vivida. Neste contexto, as *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) permitem avaliar os resultados dos cuidados do ponto de vista da pessoa, enquanto as *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) analisam a forma como os cuidados são experienciados, incluindo aspetos relacionais e organizacionais. A utilização articulada destas medidas contribui para evidenciar ganhos sensíveis aos cuidados, apoiar a tomada de decisão clínica e promover práticas mais eficazes, humanizadas e centradas na pessoa (Benson, 2023). Por sua vez, as *Family-Reported Outcome Measures* (FROMs) focam-se no impacto do processo de cuidar na família ou cuidador, nomeadamente ao nível da sobrecarga, bem-estar, necessidades de suporte e preparação para o cuidado. Estas emergem como instrumentos relevantes para avaliar sistematicamente o estado de saúde e as necessidades dos cuidadores, contribuindo para a identificação precoce de dificuldades e para a implementação de intervenções de suporte ajustadas (Lambert et al., 2025).

A integração destas medidas possibilita uma avaliação mais abrangente dos cuidados, incorporando a perspectiva da pessoa, a experiência com os serviços e as repercussões do cuidar no sistema familiar, aspetos particularmente relevantes no acompanhamento da pessoa com AVC e do seu cuidador ao longo do processo de reabilitação e transição de cuidados.

A partir do enquadramento conceptual, torna-se possível compreender o impacto global do AVC na vida da pessoa e da sua família, o papel das redes de cuidados e a relevância da intervenção especializada enquanto catalisadora de processos de adaptação, capacitação e recuperação funcional.

2.1 Definição de Conceitos

A definição rigorosa de conceitos constitui um elemento essencial na estruturação de qualquer trabalho de natureza científica, pois permite clarificar significados, uniformizar interpretações e conferir consistência teórica à análise desenvolvida. No âmbito do presente trabalho, a definição dos conceitos assume particular relevância, na medida em que possibilita uma leitura rigorosa e coerente da intervenção em Enfermagem de Reabilitação, assegurando a consistência teórica e a adequada interpretação dos fenómenos em estudo. Deste modo, torna-se pertinente proceder à explicitação dos conceitos-chave que orientam a prática, a investigação e a reflexão crítica desenvolvidas ao longo deste trabalho.

A **Enfermagem de Reabilitação (ER)** é definida pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 350/2015) como uma área de intervenção da Enfermagem, que se centra na capacitação da pessoa com limitação funcional ou risco de a desenvolver, ao longo de todo o ciclo vital, privilegiando o diagnóstico e a intervenção precoces, a promoção da qualidade de vida, o reforço do autocuidado e a maximização da funcionalidade. Paralelamente, orienta-se para a prevenção de complicações e para a redução do impacto das incapacidades, potenciando o desempenho, a autonomia e a reintegração social da pessoa. Este cuidar especializado visa potenciar as capacidades remanescentes da pessoa, prevenir complicações e dependências evitáveis e otimizar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Para *Hesbeen* (2003), a reabilitação é compreendida como “a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem. Os seus objetivos são analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos que a geram (...) presta, assim, grandes serviços à vida; é sua missão dar mais vida ao tempo que passa” (p.52). A ER é fundamental para a concretização destes objetivos, através de uma abordagem centrada na avaliação global da funcionalidade, na implementação de intervenções individualizadas e na capacitação da pessoa e família/cuidador (RNAO, 2025). O EEER afirma-se como um elemento fundamental na articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a construção de respostas integradas e ajustadas às exigências de uma população progressivamente envelhecida (*Gimigliano & Negrini, 2017*). Deste modo, e perante as exigências decorrentes do envelhecimento populacional, a sua intervenção ganha especial

relevância quando orientada para a capacitação da pessoa e da família, promovendo a autonomia e a participação ativa no processo de reabilitação.

A **Capacitação e o empoderamento**, referem-se ao processo através do qual a pessoa e a sua família ou cuidador adquirem e mobilizam conhecimentos, competências e recursos para gerir de forma ativa e autónoma a sua condição de saúde, processos de reabilitação e autocuidados. Esta dinâmica favorece a emancipação do indivíduo, reforça a sua autonomia e facilita o acesso a intervenções terapêuticas ajustadas, através da utilização informada dos recursos disponíveis (Sousa et al., 2020). A capacitação constitui um dos pilares da ER, na medida em que visa promover a autoeficácia e a responsabilização dos indivíduos no seu percurso de saúde. Ao reforçar a autonomia e apoiar o acesso e a adesão às intervenções terapêuticas disponíveis, o empoderamento contribui para uma vivência mais informada e responsável, valorizando a pessoa como agente principal no seu projeto de saúde (Sousa et al., 2020).

Segundo Reis & Bule (2023), capacitar “é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação.”. O conhecimento, enquanto elemento central deste processo, constrói-se ao longo do percurso de vida, encontra-se ancorado em valores individuais e é continuamente influenciado por fatores de índole social, cultural e religiosa. Ao nível mais básico da esfera pessoal, a capacitação expressa-se na realização autónoma e independente das atividades de vida diária essenciais, como alimentar-se, hidratar-se, mobilizar-se, cuidar da higiene, vestir-se e realizar a eliminação. Num plano de maior complexidade, correspondente às atividades instrumentais, a capacitação envolve a participação ativa na comunidade, incluindo competências como utilizar transportes, efetuar compras, monitorizar e gerir a própria saúde, bem como administrar os recursos pessoais. A execução destas atividades, quer pessoais quer instrumentais, constitui um reflexo da autonomia e da independência funcional, encontrando-se intimamente relacionada com a funcionalidade e com a perceção da qualidade de vida (Reis & Bule, 2023).

A **Educação para a Saúde** constitui uma intervenção essencial para capacitar a pessoa a assumir um papel ativo e informado nas suas escolhas, promovendo decisões mais conscientes e alinhadas com estilos de vida saudáveis. Ao longo deste processo educativo, a pessoa não é encarada como um recetor passivo de informação, mas como um participante com conhecimentos prévios, valores próprios e capacidade de reflexão crítica, sendo incentivado a envolver-se na gestão da sua saúde (S. Sousa, 2020). Desta forma, a Educação para a Saúde torna-se um instrumento promotor de autonomia e corresponsabilização, reforçando o compromisso da pessoa com o seu projeto de saúde e bem-estar. Pode, assim, ser compreendida como uma dimensão prática da promoção da literacia em saúde, na medida em que desenvolve conhecimentos, competências e atitudes que permitem compreender

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

informação relacionada com saúde, avaliá-la criticamente e aplicá-la em decisões do dia a dia (S. Sousa, 2020). Por meio da educação para a saúde, orientação e apoio contínuo, os enfermeiros especialistas capacitam as pessoas e as suas famílias para lidarem com as limitações funcionais, gerirem as respostas humanas e manterem a maior autonomia possível, favorecendo a adaptação e a qualidade de vida.

No contexto da reabilitação, a **autonomia** refere-se à capacidade da pessoa de tomar decisões informadas e gerir livremente as suas próprias ações e escolhas, nomeadamente em relação ao autocuidado, à saúde e ao seu processo terapêutico (Blackburn et al., 2018; Sousa et al., 2020). Esse princípio assume um papel central tanto na bioética como nas práticas de reabilitação, sendo considerado pré-requisito para a participação efetiva e significativa da pessoa nos seus cuidados de saúde. Para a ER, promover a autonomia implica adotar uma abordagem centrada na pessoa, reconhecendo o seu direito à autodeterminação e valorizando a sua capacidade de escolha e controlo, mesmo quando existam limitações funcionais (Blackburn et al., 2018).

Por sua vez, a **independência** diz respeito à capacidade da pessoa para executar, por si própria, as atividades de vida diária. Neste sentido, pode ser entendida como a aptidão para viver de forma autónoma na comunidade, mantendo o controlo sobre a sua rotina e participando nas suas atividades habituais, sem a ajuda ou com pouca ajuda de terceiros (WHO, 2002).

O **autocuidado**, pela sua complexidade e abrangência, encontra-se fortemente associado à autonomia, à independência funcional e à responsabilidade pessoal (Lobo & Palma, 2024). Engloba o conjunto de ações deliberadas e conscientes que a pessoa realiza para manter e promover a sua saúde, bem-estar e integridade funcional. Este conceito é central na teoria do autocuidado da *Dorothea E. Orem*, que sublinha a importância da capacidade individual (“*self-care agency*”) para executar atividades necessárias à manutenção da saúde e à recuperação funcional (Martins & Brito, 2021). Petronilho & Machado (2023), vêem o autocuidado como o conjunto de ações que a própria pessoa desenvolve de forma intencional para responder às suas necessidades básicas e às exigências da vida diária, com o objetivo de preservar a funcionalidade, promover a saúde e gerir a condição de doença. Estas ações englobam comportamentos positivos orientados para a manutenção do equilíbrio físico e psicológico, constituindo um elemento essencial no processo de prevenção, recuperação e promoção da saúde. Deste modo, o autocuidado assume um papel determinante na capacitação da pessoa e na otimização dos resultados em saúde.

A Teoria do Autocuidado, desenvolvida por *Dorothea Orem*, constitui um referencial fundamental para a compreensão da intervenção de enfermagem junto da pessoa com AVC, ao valorizar a autonomia e a capacidade da pessoa para gerir a sua própria saúde. De acordo com este modelo conceptual, o

autocuidado é entendido como um conjunto de ações intencionais realizadas pela própria pessoa com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar (*Orem, 2001, citada por Queirós et al., 2014*).

A ER torna-se necessária sempre que a pessoa não reúne condições para satisfazer de forma autônoma as suas necessidades fundamentais, essenciais à preservação da vida, da saúde e do bem-estar. Nestas situações, a intervenção do EEER concretiza-se através de ações de compensação, apoio ou ensino, promovendo progressivamente a recuperação da independência funcional. Esta intervenção pode assumir diferentes níveis, de acordo com os sistemas de enfermagem preconizados por Orem: totalmente compensatório, quando a pessoa é incapaz de realizar o autocuidado; parcialmente compensatório, quando existe alguma capacidade preservada; ou de apoio-educação, quando a pessoa apresenta potencial para aprender e gerir autonomamente o seu autocuidado (*Orem, 2001, citada por Calado et al., 2020; Reis & Bule, 2023*).

No contexto do AVC, estas premissas assumem especial relevância, uma vez que este pode comprometer de forma significativa a autonomia da pessoa na realização das AVD, limitando a sua capacidade de autocuidado. Perante estas alterações, a ER assume um papel estruturante, ao promover a recuperação, a manutenção ou o desenvolvimento das capacidades funcionais remanescentes, facilitando a adaptação à nova condição de saúde e favorecendo a progressiva reconquista da independência. Neste sentido, compete ao enfermeiro proceder à identificação das limitações ao nível do autocuidado, estruturar e fundamentar o plano de intervenções a implementar, bem como monitorizar e avaliar os resultados alcançados, evidenciando a relevância de uma avaliação centrada na pessoa (*Reis & Bule, 2023*).

O **cuidado centrado na pessoa** assenta no princípio de que cada ser humano é singular, possuidor de uma história de vida própria, de valores, crenças, necessidades, capacidades e expectativas específicas, que devem ser reconhecidas e respeitadas no processo de cuidar. Esta abordagem desloca o foco da intervenção exclusivamente biomédica para uma visão integradora da pessoa, enquanto sujeito ativo no seu percurso de saúde e doença, promovendo a sua participação nas decisões e no planeamento dos cuidados (*McCormack & McCance, 2011*).

O *Fundamentals of Care Framework*, segundo *Kitson (2018)*, conceptualiza o cuidado como um processo relacional, global e contínuo, que integra três dimensões indissociáveis: a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, a garantia da satisfação das necessidades fundamentais e a integração dos cuidados no contexto organizacional e multidisciplinar. Segundo este referencial, a relação terapêutica constitui o elemento estruturante do cuidar, baseada na empatia, no respeito, na comunicação eficaz e na parceria entre profissional e pessoa. Paralelamente, o modelo enfatiza a

importância da resposta às necessidades fundamentais, físicas, psicossociais e relacionais, enquanto base para a manutenção da dignidade, do conforto e da segurança da pessoa. O cuidado é, assim, entendido como uma prática integrada, que articula intervenções técnicas com a dimensão relacional e emocional, assegurando coerência entre os cuidados prestados, a organização dos serviços e a atuação da equipa multidisciplinar (Kitson, 2018). Nesta perspetiva, o cuidar ultrapassa a mera execução de procedimentos ou a aplicação de intervenções isoladas, assumindo-se como um processo dinâmico e intencional, que implica o alinhamento da prática clínica com os valores, as preferências e as expectativas da pessoa. O cuidado centrado na pessoa promove, deste modo, cuidados mais seguros, humanizados e personalizados, reforçando a autonomia, a dignidade e a qualidade de vida, particularmente relevantes no contexto da Enfermagem de Reabilitação e na prestação de cuidados a pessoas com doença crónica ou condição incapacitante (Kitson, 2018).

A *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO, 2025), defende que os cuidados centrados na pessoa e na família assentam numa abordagem que reconhece a pessoa como sujeito ativo no processo de cuidar, valorizando a sua singularidade, os seus valores, crenças, necessidades e preferências, bem como o papel fundamental da família no percurso de saúde-doença. Esta perspetiva promove a participação informada na tomada de decisão, a criação de parcerias terapêuticas e a corresponsabilização nos cuidados, favorecendo a continuidade dos cuidados, a segurança e a humanização dos mesmos, com impacto positivo nos resultados em saúde e na satisfação da pessoa e da família.

Na pessoa com AVC esta abordagem reconhece a pessoa como participante ativa no seu processo de reabilitação e a família como elemento fundamental de suporte, promovendo a sua inclusão no planeamento, na tomada de decisão e na continuidade dos cuidados. Ao valorizar a singularidade da pessoa, os seus valores, necessidades e prioridades, os cuidados centrados na pessoa e na família favorecem a adaptação à nova condição de saúde, a adesão às intervenções terapêuticas, a segurança na transição e a promoção da autonomia e da qualidade de vida após o AVC, uma vez que este implica, frequentemente, alterações súbitas da funcionalidade, da autonomia e dos papéis familiares, exigindo uma reorganização profunda do quotidiano após a alta hospitalar.

A fase de transição para a alta hospitalar constitui um período particularmente sensível no percurso da pessoa, frequentemente caracterizado por sentimentos de insegurança, incerteza e vulnerabilidade acrescida, sobretudo após um evento agudo com impacto funcional, como o AVC. Neste contexto, a intervenção do EEER revela-se determinante, ao assumir um papel ativo na capacitação da pessoa e da sua família para o autocuidado, na promoção da independência funcional, na prevenção de

complicações e na facilitação da adaptação gradual ao novo estado de saúde, contribuindo para uma transição mais segura e estruturada.

Este processo encontra suporte conceptual na Teoria das Transições, desenvolvida por *Afaf Meleis*, que entende a transição como uma passagem entre diferentes estados de estabilidade, desencadeada por mudanças significativas nas condições de vida, na saúde ou nos papéis sociais. A transição é conceptualizada como um fenómeno dinâmico e complexo, que envolve processos de adaptação e reorganização, podendo constituir um momento de maior fragilidade para a pessoa e a família (Sousa et al., 2020).

No processo de **transição** do hospital para o domicílio ou comunidade, a participação ativa da pessoa e da sua rede de suporte torna-se essencial para garantir a continuidade dos cuidados, a adesão ao regime terapêutico e a adaptação à nova condição de saúde. Os cuidados devem ser, por isso, planeados de forma individualizada, centrados nos valores, nas necessidades e nas prioridades da pessoa com AVC, promovendo a sua capacitação para a autogestão da saúde e a corresponsabilização no processo de reabilitação. A *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2023)* enfatiza que a preparação para a transição entre diferentes níveis ou contextos de cuidados deve ser realizada de forma participativa, envolvendo a pessoa como agente ativo na definição do seu plano terapêutico. Sempre que consentido, torna-se igualmente fundamental integrar a família ou o cuidador, dado o papel determinante que estes assumem na continuidade e manutenção dos cuidados após a alta. A rede familiar constitui uma fonte privilegiada de informação acerca do estado clínico da pessoa, das suas necessidades físicas, emocionais e sociais, apoiando uma tomada de decisão mais informada, adequada e centrada na pessoa. Paralelamente, o cuidador pode intervir diretamente na prestação de cuidados no domicílio, nomeadamente no apoio às atividades de vida diária, na administração de terapêutica, no acompanhamento a consultas, na vigilância de sinais de alerta e na representação dos interesses da pessoa. Estas ações contribuem para uma adaptação mais segura e estruturada ao novo contexto de vida, promovendo uma transição eficaz e saudável.

Neste contexto, a relação terapêutica assume um papel estruturante, sendo construída com base na confiança, na comunicação empática e na disponibilidade para o apoio contínuo. O cuidado configura-se, assim, como um processo colaborativo, progressivo e orientado para resultados em saúde que façam sentido para a pessoa, favorecendo a segurança, a autonomia e a adaptação funcional no regresso ao domicílio. Esta articulação entre hospital, família e comunidade é determinante para assegurar uma transição segura, reduzir o risco de complicações e promover a reintegração da pessoa com AVC no seu contexto de vida.

2.2 Teorias de Enfermagem de Suporte à Prática

A enfermagem, enquanto disciplina científica, estrutura-se a partir de referenciais teóricos que permitem compreender, explicar e interpretar os fenómenos relacionados com a saúde, a pessoa e o ambiente. Neste âmbito, *Afaf Meleis* (2010) destaca a relevância das teorias como suporte fundamental para a compreensão da complexidade das respostas humanas, permitindo antecipar necessidades, orientar a prática e reforçar o rigor científico da intervenção. Assim, o enquadramento em modelos teóricos pertinentes, assume-se como elemento essencial para a sustentação do presente relatório, possibilitando uma análise estruturada, coerente e fundamentada da prática da Enfermagem de Reabilitação, desenvolvida ao longo do percurso formativo, na capacitação com a pessoa após AVC para uma transição de cuidados segura.

As teorias de Enfermagem são fundamentais para compreender e orientar a prática profissional, uma vez que procuram descrever, explicar e prever fenómenos. Permitem identificar e organizar aquilo que observamos na prática, compreender por que razão os fenómenos acontecem e como estão relacionados e antecipar o que poderá acontecer numa situação semelhante ou em contextos diferentes (José & Sousa, 2021). Podem ser organizadas de acordo com o seu nível de abrangência e grau de abstração. As grandes teorias apresentam um carácter mais global e abrangente e descrevem a natureza, os objetivos e a missão dos cuidados de enfermagem. Embora possuam uma estrutura conceptual ampla, integram conceitos e proposições menos abstratos do que aqueles que caracterizam os modelos conceptuais, sendo aplicáveis a todos os contextos e áreas de atuação do enfermeiro. A teoria de médio alcance assume um nível intermédio de generalização, contemplando conceitos mais concretos e específicos. Estas teorias incidem sobre fenómenos específicos da prática e podem ser aplicadas a diversas situações de cuidados, permitindo uma maior articulação entre teoria e prática clínica. Já as teorias específicas apresentam um foco mais restrito, direcionando-se para contextos clínicos ou populações particulares, sendo particularmente úteis na orientação de intervenções em situações concretas. Importa reconhecer que nenhuma perspetiva teórica isolada é suficiente para explicar a totalidade dos fenómenos envolvidos no processo de cuidar, dada a complexidade inerente às situações vivenciadas pelas pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem. (*Bitencourt & Souza, 2024; José & Sousa, 2021*).

As teorias selecionadas constituem instrumentos conceptuais essenciais para a compreensão das respostas humanas vivenciadas pela pessoa ao longo do processo saúde-doença, da reabilitação funcional e da transição entre contextos de cuidados, permitindo sustentar a prática clínica com base em princípios científicos, éticos e humanistas. Neste sentido, assumem especial relevância a Teoria do Autocuidado de *Dorothea Orem*, a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* e o Modelo do Cuidado

Centrado na Pessoa de *Brendan McCormack* e *Tanya McCance*. A escolha destas teorias justifica-se pela sua complementaridade, pela sua aplicabilidade direta ao contexto clínico e pela sua capacidade de sustentar uma intervenção integrada, centrada na pessoa, promotora da autonomia, da capacitação, da adaptação à nova condição de saúde e da qualidade de vida, objetivos nucleares da Enfermagem de Reabilitação.

No âmbito da construção do conhecimento em Enfermagem, a escolha e mobilização destas teorias encontra sustentação nos paradigmas que estruturam a Enfermagem enquanto disciplina científica do saber. Um paradigma pode ser compreendido como um conjunto integrado e coerente de teorias, conceitos e princípios que fundamentam e orientam a forma como os enfermeiros interpretam a realidade e constroem conhecimento. Mais do que um simples conjunto de ideias, o paradigma funciona como um quadro de referência que estrutura o pensamento, influenciando a forma como os fenómenos são percebidos, analisados e explicados. Cada paradigma traduz uma determinada visão de mundo, assente em pressupostos específicos sobre a natureza da realidade, do conhecimento e dos valores. Assim, a transição de um paradigma para outro não representa apenas uma alteração pontual de conceitos, mas sim uma mudança profunda na forma de compreender e interpretar os fenómenos, implicando uma transformação das concepções previamente estabelecidas (Ribeiro et al., 2024; Rocha & Martins, 2024).

A evolução do pensamento em Enfermagem permitiu delinear três paradigmas fundamentais: categorização, integração e transformação. O paradigma da categorização caracteriza-se por uma visão fragmentada da pessoa, entendida como a soma de partes independentes e analisáveis de forma isolada, desconsiderando o seu contexto e a sua experiência subjetiva. Este paradigma centra-se predominantemente na doença e na sua causalidade, aproximando-se do modelo biomédico, no qual a saúde é concebida como um estado de equilíbrio e a doença como a sua ausência. Neste enquadramento, a prática de Enfermagem assumia um carácter essencialmente técnico e centrado em tarefas, orientado para o "fazer por" a pessoa, em detrimento da participação ativa da pessoa nos cuidados (Ribeiro et al., 2024; Rocha & Martins, 2024).

O paradigma da integração perspetiva os fenómenos como multidimensionais, que passam a ser analisados tendo em conta o contexto em que se inserem, valorizando, simultaneamente, dados objetivos e subjetivos. Reconhece a pessoa como um ser biopsicossocial e enfatiza a interação entre a pessoa e o ambiente. À luz desta perspetiva, a prática de enfermagem deixa de se centrar no "fazer por" e passa a privilegiar o "fazer com", promovendo a participação ativa da pessoa no seu processo de cuidado e reforçando a importância da relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa cuidada. Este paradigma contribui para o reforço da autonomia profissional dos enfermeiros e para o

desenvolvimento dos modelos teóricos de enfermagem, favorecendo, assim, para uma prática verdadeiramente centrada na pessoa e, simultaneamente, para o reforço e melhoria contínua da qualidade da formação e da investigação em Enfermagem (Ribeiro et al., 2024). Neste contexto emergem quatro escolas de pensamento: a escola das necessidades, a escola da interação, a escola dos efeitos desejados ou dos resultados e a escola da promoção da saúde (Rocha & Martins, 2024).

O paradigma da Transformação traduz uma nova forma de compreender o ser humano e o mundo, assumindo a pessoa como um ser único, holístico e em permanente interação com o ambiente. Esta perspectiva valoriza a experiência subjetiva, a capacidade de adaptação às mudanças e a participação ativa da pessoa na construção do processo de cuidar. Os cuidados de enfermagem deixam de estar centrados na doença e passam a orientar-se para a saúde tal como é definida pela própria pessoa. A saúde deixa de ser vista apenas como ausência de doença e passa a ser concebida como uma experiência vivida e um valor pessoal, enquanto a doença é entendida como uma vivência integrada no percurso de saúde do indivíduo. A natureza do cuidado transforma-se, passando a privilegiar o “estar com” a pessoa, sem se centrar no “fazer com”, acompanhando-a no seu processo de saúde e bem-estar. O cuidado deixa, assim, de ser predominantemente técnico e passa a assentar numa relação de presença, respeito e parceria, que exige do enfermeiro competências relacionais e reflexivas, bem como a capacidade de reconhecer a pessoa na sua singularidade e de se colocar no seu lugar. A pessoa assume um papel ativo no seu processo de cuidado, promovendo a sua qualidade de vida em função das suas capacidades e preferências. Assim, preconiza-se uma prática de enfermagem personalizada e baseada na parceria entre enfermeiro e pessoa cuidada e na valorização da sua autonomia e participação (Ribeiro et al., 2024). Neste paradigma surgem 2 escolas de pensamento em enfermagem: escola do ser humano unitário e a escola do cuidar (Rocha & Martins, 2024).

A prática dos EEER deve assentar em referenciais teóricos, que orientem, fundamentem e atribuam significado às intervenções desenvolvidas, permitindo organizar o processo de cuidados de forma estruturada, clarificando objetivos, definindo prioridades e sustentando a tomada de decisão de modo consciente e fundamentado (Ribeiro et al., 2021).

2.2.1 *Dorothea Orem*

A Teoria do Autocuidado, desenvolvida por *Orem* (2001), enquadra-se no Paradigma da Integração e constitui um dos modelos conceptuais mais relevantes da disciplina de enfermagem, ao colocar a pessoa como agente ativo no cuidado de si própria. Esta teoria assenta na premissa de que os indivíduos possuem capacidade para realizar ações intencionais orientadas para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, sendo o autocuidado entendido como um conjunto de comportamentos

deliberados que visam satisfazer necessidades humanas universais, e integra três componentes fundamentais: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A Teoria do Autocuidado descreve as capacidades da pessoa para cuidar de si própria, adquiridas a partir das experiências vivenciadas ao longo da vida (Petronilho & Machado, 2023).

A Teoria do Défice de Autocuidado descreve e explica o motivo pelo qual as pessoas podem ser assistidas através de cinco níveis de ajuda, que orientam a intervenção de enfermagem: agir pela pessoa, orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, criar um ambiente favorável ao desenvolvimento e ensinar, permitindo adequar o método de ajuda ao foco que atualmente se defende, as respostas humanas da pessoa, uma vez que o défice de autocuidado ocorre sempre que as suas capacidades são insuficientes para responder às exigências do autocuidado. Assim, o enfermeiro planeia e ajusta as intervenções com base na avaliação realizada, estruturando a prática em cinco áreas fundamentais: estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador, promover a participação da pessoa nos cuidados; responder às suas preferências e objetivos; planejar, fornecer e ajustar as intervenções conforme a evolução da pessoa; e integrar os cuidados de enfermagem no contexto de vida da pessoa e família/cuidador, promovendo a autonomia, a participação social e a continuidade dos cuidados (Petronilho & Machado, 2023).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem define de que forma o enfermeiro deve intervir. Nesta última, *Orem* (2001) identifica três sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, aplicado quando a pessoa é incapaz de realizar qualquer atividade de autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa executa algumas atividades, mas necessita de ser assistido noutras; e o sistema de apoio-educação, quando a pessoa tem capacidade para aprender e assumir a gestão do seu autocuidado com supervisão e ensino. Estes sistemas permitem ajustar a intervenção de enfermagem ao grau de dependência e ao potencial de recuperação da pessoa (Petronilho & Machado, 2023).

A responsabilidade pelo autocuidado cabe à própria pessoa, mas sempre que esta não apresenta capacidade para o realizar de forma autónoma, torna-se necessária a intervenção do enfermeiro no sentido de compensar o défice identificado (Lobo & Palma, 2024). Para que a intervenção seja efetiva, o enfermeiro deve articular o seu saber científico e as suas competências técnicas com o reconhecimento do conhecimento prévio da pessoa. Neste sentido, importa identificar que informações a pessoa possui sobre a sua condição, de que forma as compreende e utiliza, quais as práticas de autocuidado que já realiza e em que medida se envolve ativamente no cuidado de si. Só a

partir desta análise integrada é possível planejar intervenções individualizadas, alinhadas com as necessidades reais, que reforcem a autonomia e favoreçam o desenvolvimento das capacidades de autocuidado (Orem, 2001, citada por Calado et al., 2020).

A aplicação deste referencial teórico permite estruturar a intervenção do EEER de forma individualizada, centrada na identificação dos défices de autocuidado e na implementação de estratégias que promovam a recuperação progressiva da autonomia e independência da pessoa, contribuindo para melhores ganhos em saúde. Através do ensino, do treino funcional e da capacitação da pessoa e da família, o EEER atua no sentido de reduzir a dependência, fortalecer a autoeficácia e favorecer a adaptação à nova condição de saúde. Assim, a teoria de Orem sustenta conceptualmente a reabilitação como um processo dinâmico de reconstrução do autocuidado, essencial para uma transição segura para o domicílio, para a continuidade dos cuidados e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa após AVC.

2.2.2 Afaf Meleis

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, insere-se no Paradigma da Transformação e constitui um referencial teórico fundamental para a compreensão dos processos de mudança vivenciados pelas pessoas ao longo do ciclo vital, particularmente em contextos de transição saúde-doença. Esta teoria assenta na premissa de que as transições fazem parte integrante da experiência humana e que se caracterizam por períodos de instabilidade, vulnerabilidade e reorganização, exigindo adaptação, aquisição de novas competências e redefinição de papéis. Trata-se de uma teoria de médio alcance, uma vez que se centra na explicação de fenómenos específicos da prática de Enfermagem, permitindo uma aplicação direta ao contexto.

Para Meleis (2010), a intervenção de enfermagem está intimamente ligada aos processos de mudança experienciados pelas pessoas, sendo a transição um elemento nuclear da prática, na medida em que o enfermeiro presta cuidados a pessoas que se confrontam com diversas transições, decorrentes da condição de saúde ao longo da vida (Lobo & Palma, 2024). A transição corresponde a um processo dinâmico que implica a passagem de uma fase da vida, condição ou estado de equilíbrio para outro. Estes processos são influenciados por condições pessoais, comunitárias e sociais, podendo facilitar ou dificultar a adaptação da pessoa (Estakhri et al., 2025; Silva et al., 2019; Sousa et al., 2020).

A Teoria das Transições estrutura-se em diferentes componentes interligados que permitem compreender o modo como as pessoas vivenciam os processos de mudança. Integra a natureza das transições, que inclui os seus tipos, padrões e propriedades; os fatores condicionantes, que podem

atuar como facilitadores ou inibidores do processo de transição, ao nível pessoal, comunitário e social; os padrões de resposta, expressos através de indicadores de processo e de resultado; e, por fim, as intervenções terapêuticas de enfermagem, orientadas para a promoção de transições saudáveis (*Estakhri et al., 2025; Meleis, 2010*).

Quanto à natureza das transições, estas podem manifestar-se sob diversas formas, decorrentes de alterações significativas na condição de saúde, no percurso de desenvolvimento, no desempenho de papéis sociais ou na organização do contexto de vida. As transições relacionadas com a condição de saúde, surgem quando se verifica uma alteração do estado de saúde para a doença, ou vice-versa, abrangendo situações como o diagnóstico de uma doença crónica, o processo de recuperação, o internamento e a alta hospitalar (*Lobo & Palma, 2024; Silva et al., 2019*). As transições de desenvolvimento estão associadas às mudanças que ocorrem ao longo da vida, decorrentes da evolução da idade e das etapas naturais do desenvolvimento humano, como a adolescência, a parentalidade, a menopausa, o envelhecimento, o nascimento de um filho ou a vivência da morte (*Lobo & Palma, 2024; Silva et al., 2019*). As transições situacionais correspondem a mudanças associadas ao desempenho de novos papéis ou à modificação dos papéis anteriormente assumidos, com impacto na identidade e na organização da vida da pessoa (*Lobo & Palma, 2024; Silva et al., 2019*). Por fim, as transições organizacionais dizem respeito às transformações ocorridas ao nível dos contextos ambientais, sociais, políticos ou económicos, que influenciam diretamente a vida das pessoas e das famílias, condicionando a forma como estas se adaptam às novas realidades (*Lobo & Palma, 2024; Silva et al., 2019*).

Os fatores pessoais que envolvem o processo de transição incluem o significado atribuído à mudança, os valores individuais, bem como o nível de conhecimento, as competências associadas à nova situação e as expectativas sobre aquilo que é esperado de quem vivencia essa mudança. A forma como a pessoa responde à transição é igualmente influenciada pelo seu estado de saúde e bem-estar, assim como pelas condições da família ou do cuidador. Paralelamente, os contextos comunitário e social, incluindo a disponibilidade de recursos, o acesso a modelos de apoio e o suporte proporcionado por parceiros institucionais, assumem-se como elementos determinantes que podem favorecer ou comprometer a vivência de uma transição saudável e eficaz (*Meleis 2010; Meleis et al., 2000; Silva et al., 2019*).

Esta Teoria atribui particular relevância à identificação dos padrões de resposta apresentados pelas pessoas ao longo do processo de transição, e avaliados através de indicadores específicos, de resultado e de processo, que permitem aferir o nível de conhecimento, de desempenho e de adaptação à nova situação. Os indicadores de processo possibilitam caracterizar a forma como a pessoa experiencia a transição, incluindo a interação, os sentimentos de pertença, confiança e de controlo. Por sua vez, os

indicadores de resultado traduzem-se na capacidade da pessoa desenvolver e consolidar novas competências, expressando o grau de mestria alcançado e a incorporação progressiva de uma nova identidade, aspetos determinantes para a concretização do processo de transição. Uma transição saudável evidencia-se, assim, pelo desenvolvimento de capacidades para lidar com a nova condição, pela integração da mudança no quotidiano e pela reconstrução do projeto de vida. Em contraste, uma transição ineficaz pode manifestar-se por desadaptação, dependência prolongada, sofrimento emocional, incremento da sobrecarga familiar e maior risco de complicações e reinternamentos. Estes indicadores assumem-se como fundamentais para a prática de enfermagem, ao permitirem ao enfermeiro compreender o percurso de adaptação da pessoa e determinar se o processo de transição decorre de forma favorável ou comprometida (Meleis 2010; Silva et al., 2019).

A intervenção de enfermagem orientada pela Teoria das Transições tem como finalidade central a identificação, compreensão e resposta às dificuldades que podem emergir ao longo das experiências de mudança vivenciadas pelas pessoas. Neste sentido, as intervenções de natureza preventiva e terapêutica assumem um papel determinante no apoio aos indivíduos durante estes períodos de maior vulnerabilidade. Os enfermeiros lidam, de forma recorrente, com processos de mudança associados aos fenómenos de saúde e doença, intervindo em momentos particularmente sensíveis do percurso de vida das pessoas (Estakhri et al., 2025).

Segundo Meleis (2010), os cuidados prestados durante as transições visam essencialmente promover ganhos em saúde e favorecer processos de adaptação mais saudáveis. Facilitar a transição implica implementar estratégias que apoiem a adaptação, melhorem o estado de saúde e minimizem os impactos negativos decorrentes da mudança (Estakhri et al., 2025). Desta forma, a teoria das transições disponibiliza um conjunto de conhecimentos, competências e orientações que permitem às pessoas gerir de forma mais eficaz os seus processos de adaptação, com reflexos positivos nos resultados obtidos. Planos de cuidados de enfermagem sustentados neste referencial teórico contribuem para a capacitação, para o fortalecimento do controlo da situação de saúde, para a melhoria da gestão da doença e para a redução do risco de complicações a curto e a longo prazo. A sua utilização como referencial conceptual na prática permite, assim, uma compreensão aprofundada das vivências, crenças e perspetivas das pessoas, favorecendo a prestação de cuidados especializados, individualizados e ajustados às suas necessidades e respostas humanas.

2.2.3 *Brendan McCormack e Tanya McCance*

A escolha da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa resulta do facto de esta privilegiar a construção de relações terapêuticas significativas entre profissionais de saúde, pessoas e famílias, priorizando de Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

forma explícita as suas necessidades, valores e preferências (*McCance & McCormack, 2011*). Esta abordagem assenta em princípios éticos fundamentais, como o respeito pela autonomia, o direito à autodeterminação e o reconhecimento da pessoa enquanto sujeito ativo no processo de cuidado. O cuidado é, por isso, entendido como um fenómeno relacional e profundamente contextual, devendo refletir a singularidade da pessoa, a sua história de vida, cultura, expectativas e experiências prévias.

Desenvolvida por *McCormack* e *McCance* em 2006 e posteriormente aprofundada em 2010 e 2011, a Teoria do Cuidado centrado na Pessoa integra-se no Paradigma da Transformação e é considerada uma teoria de médio alcance, que se baseia no reconhecimento da pessoa como um ser singular e integral, portador de valores, crenças e vivências que lhe são próprias, participando de forma ativa e central em todo o processo de cuidado. A enfermagem é entendida como uma prática sustentada em relações terapêuticas de proximidade, comunicação autêntica e tomada de decisão partilhada. Esta prática estrutura-se em três dimensões essenciais, as competências do enfermeiro, os elementos organizacionais e os atributos da própria pessoa que recebe os cuidados. Neste sentido, o cuidado de enfermagem deve promover autonomia, dignidade, bem-estar e *empowerment*, integrando de forma articulada as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais da experiência humana (*McCormack & McCance, 2011*).

O modelo conceptual organiza-se em quatro componentes principais e interligados: pré-requisitos, ambiente de cuidados, processos centrados na pessoa e resultados (*McCormack & McCance, 2006, 2011*). Os pré-requisitos dizem respeito às características que o enfermeiro deve reunir para possibilitar uma prática verdadeiramente centrada na pessoa. Estes atributos permitem ao profissional responder adequadamente aos desafios de contextos clínicos em transformação e integrar-se de forma eficaz na equipa. Incluem competências técnico-científicas sólidas, capacidades relacionais como a escuta ativa e a empatia, e também a consciência dos próprios valores e crenças, permitindo uma atuação coerente, ética e autêntica. Contudo, mesmo quando estes atributos estão presentes no profissional e na equipa, a centralidade do cuidado não se concretiza plenamente se o ambiente organizacional não favorecer esta abordagem (*McCormack & McCance, 2006, 2011; Ventura et al., 2022*). O ambiente de cuidados constitui o segundo elemento e refere-se à estrutura organizacional onde os cuidados são prestados e às condições organizacionais que influenciam a prestação de cuidados. Para que o cuidado centrado na pessoa se concretize, o contexto institucional deve promover a existência de sistemas organizacionais que apoiem os profissionais, oportunidades para inovar e assumir os riscos, condições físicas adequadas, distribuição equilibrada de poder, relações interprofissionais eficazes, mecanismos de tomada de decisão partilhada e diversidade de competências dentro da equipa. Estes fatores influenciam diretamente a capacidade dos profissionais

para desenvolver práticas alinhadas com os princípios da centralidade na pessoa. A cultura organizacional assume, assim, um papel fulcral, na medida em que condiciona a qualidade da relação terapêutica e a capacidade dos enfermeiros para desenvolver práticas humanizadas (*McCormack & McCance, 2006, 2011; Ventura et al., 2022*). Os processos centrados na pessoa descrevem a forma como o cuidado centrado na pessoa é efetivamente desenvolvido. Traduz-se na forma como os profissionais se relacionam com a pessoa que cuidam e na maneira como prestam cuidados. Inclui o reconhecimento das crenças e valores da pessoa, a construção de uma relação de confiança, o envolvimento ativo da pessoa na tomada de decisões, envolver-se de forma autêntica, demonstrar presença empática e responder de forma integrada às necessidades da pessoa nas suas dimensões física, emocional, social e espiritual. Este domínio concentra-se, assim, na qualidade da relação terapêutica e na interação direta com a pessoa que recebe cuidados, constituindo a operacionalização efetiva do modelo. São processos dinâmicos e exigem adaptação contínua ao percurso da pessoa, sustentando uma parceria de corresponsabilização (*McCormack & McCance, 2011; Ventura et al., 2022*). Os resultados traduzem os efeitos dos cuidados autenticamente centrados na pessoa. Entre estes destacam-se níveis mais elevados de satisfação com os cuidados, maior participação e envolvimento da pessoa e da família no processo de cuidados, melhoria do bem-estar e o desenvolvimento de ambientes terapêuticos mais seguros, humanizados e promotores de confiança (*McCormack & McCance, 2006*). Estes resultados beneficiam não apenas quem recebe cuidados, a pessoa e a família, mas também as equipas e as organizações, contribuindo para a melhoria contínua das práticas profissionais e da qualidade institucional.

A aplicação da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa revelou-se particularmente pertinente nos contextos de estágio realizados, no serviço de neurologia, com foco na pessoa com AVC, no serviço de pneumologia e no contexto comunitário. Ambos exigiram uma abordagem individualizada, sustentada nos princípios fundamentais desta teoria: respeito pela singularidade, promoção da autonomia, tomada de decisão partilhada e estabelecimento de relações terapêuticas significativas.

No serviço de neurologia, a teoria mostrou-se especialmente útil na compreensão da pessoa com AVC como um ser único, cuja experiência de doença é marcada por alterações motoras, cognitivas, comunicacionais e emocionais que exigem uma intervenção altamente personalizada. Os pré-requisitos da teoria, nomeadamente a competência técnico-científica e as capacidades interpessoais do enfermeiro, foram essenciais na avaliação neurológica, no estabelecimento de prioridades de reabilitação e na comunicação terapêutica, sobretudo em pessoas com défices de linguagem, alterações de atenção ou dificuldades no processamento da informação. A presença empática, a escuta ativa e a adaptação da comunicação ao nível de compreensão foram elementos decisivos para

promover segurança, reduzir ansiedade e fortalecer a relação terapêutica. O ambiente de cuidados do serviço de neurologia, caracterizado por equipa interdisciplinar e ritmos de trabalho intensos, exigiu a construção de uma cultura de trabalho em equipa. A articulação interprofissional permitiu definir planos centrados nas preferências da pessoa e nos objetivos que esta identificava como significativos para o seu processo de recuperação, tal como preconizado pelos processos centrados na pessoa. Os processos centrados na pessoa, neste contexto, materializaram-se na abordagem às necessidades globais da pessoa com AVC: reeducação funcional, treino de AVD, suporte emocional após o evento agudo e o envolvimento do cuidador. A priorização do que era mais relevante para a pessoa, como recuperar a marcha, voltar a alimentar-se de forma autónoma e independente, comunicar de forma eficaz, dormir sem dor ou simplesmente compreender o seu estado clínico, permitiu planear intervenções verdadeiramente centradas na individualidade de cada caso. Deste modo, os resultados preconizados pela teoria tornaram-se perceptíveis na prática, traduzindo-se num maior compromisso da pessoa com o plano de reabilitação, no reforço da sua autoconfiança, numa adesão mais consistente às intervenções propostas e na criação de um ambiente terapêutico caracterizado pela segurança e pela colaboração.

No serviço de Pneumologia, a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa revelou-se particularmente pertinente, dado que as pessoas internadas apresentam frequentemente doença respiratória crónica, dispneia, fadiga e ansiedade, com episódios recorrentes de descompensação. A abordagem de *McCormack* e *McCance* permitiu compreender a pessoa como um ser único, cuja experiência de doença integra dimensões físicas, emocionais e sociais, exigindo uma intervenção individualizada e humanizada. Ao nível dos pré-requisitos, destacou-se a necessidade de competência técnico-científica em cuidados respiratórios, como a gestão da dispneia, ventilação não invasiva e monitorização respiratória, aliada a competências comunicacionais que favorecem uma relação empática, sobretudo perante ansiedade e medo associados à dificuldade respiratória. O ambiente de cuidados, altamente especializado e multidisciplinar, promoveu conforto, segurança e interação significativa com a pessoa, facilitando a escuta, o esclarecimento e o ensino de exercícios respiratórios. Nos processos centrados na pessoa, a teoria orientou a prática para o respeito pelas crenças e preferências, envolvendo a pessoa na definição de objetivos e adaptando intervenções ao seu ritmo. A educação para a saúde reforçou a autonomia e o autocuidado, com foco na adesão terapêutica, cessação tabágica, reconhecimento de sinais de agravamento e estratégias de conservação de energia. Como resultados, observaram-se maior envolvimento no cuidado, melhor controlo sintomático, aumento da confiança na autogestão da doença e redução da ansiedade associada à dispneia.

No contexto comunitário, a teoria revelou-se igualmente estruturante, mas com especificidades próprias. No domicílio, o cuidado assenta na compreensão da pessoa no seu ambiente real, onde fatores como barreiras ambientais, dinâmica familiar, recursos disponíveis e rotinas condicionam o processo de reabilitação. A Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa manifestou-se sobretudo na construção partilhada de objetivos com a pessoa e família, respeitando valores, prioridades e ritmos individuais. Os pré-requisitos evidenciaram-se na capacidade do enfermeiro adaptar intervenções às condições do domicílio, promovendo capacitação e autonomia, enquanto as competências interpessoais facilitaram a compreensão das necessidades e dos receios associados à realização das atividades em casa. O ambiente de cuidados foi fortemente influenciado pelos recursos existentes e pela possibilidade de estruturar um plano sustentável, tornando a partilha de poder visível na negociação de prioridades e na integração das rotinas familiares. Os processos centrados na pessoa concretizaram-se no ensino ao cuidador, na promoção da autogestão, na adaptação do ambiente e no treino seguro de mobilizações e AVD. Como resultados, destacaram-se o aumento da confiança, ganhos funcionais, maior participação no processo de reabilitação e a criação de um ambiente terapêutico no domicílio, alinhado com os princípios da teoria.

A teoria de *McCormack* e *McCance* permitiu, assim, compreender que o cuidado centrado na pessoa não se limita a um conjunto de técnicas ou procedimentos, mas constitui uma forma de estar e de cuidar que atravessa todos os contextos. Tanto no ambiente altamente especializado dos contextos hospitalares, como no contexto real e intimista da comunidade, esta teoria mostrou-se essencial para fundamentar e orientar intervenções humanizadas, promover relações terapêuticas baseadas na confiança e parceria, reconhecer e respeitar a singularidade de cada pessoa e promover a sua capacitação no processo de reabilitação. Desta forma, contribuiu para uma prática segura, ética, individualizada e verdadeiramente significativa para a pessoa e sua família.

3. A PESSOA COM AVC E A INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Na sequência de um AVC, verifica-se frequentemente a ocorrência de um conjunto alargado de défices neurológicos, transitórios ou permanentes, resultantes da interrupção do fornecimento sanguíneo ao tecido cerebral, cuja expressão clínica varia em função da área cerebral afetada, da extensão da lesão e da rapidez da intervenção terapêutica, refletindo diferenças ao nível das alterações motoras, sensoriais, cognitivas e comportamentais (ASA, 2025). Uma vez que a maioria das vias nervosas que transmitem sinais entre o cérebro e o corpo decussam ao longo do seu trajeto, cada hemisfério cerebral passa a controlar predominantemente o lado contralateral do corpo. Assim, quando a lesão se localiza no hemisfério esquerdo, é frequente observar défices motores e alterações do campo visual no hemicorpo contralateral, acompanhados por perturbações da fala e da linguagem, alterações mnésicas e do raciocínio. Nestes casos, a pessoa tende muitas vezes a apresentar um comportamento mais cauteloso e lentificado, podendo manifestar maior preocupação, frustração e angústia, associados às perdas funcionais e à limitação da comunicação. Por sua vez, os AVC que atingem o hemisfério direito associam-se igualmente a défices motores e do campo visual do lado esquerdo do corpo, porém destacam-se sobretudo pelas alterações da percepção, em particular ao nível espacial. Podem surgir fenómenos como anosognosia, impulsividade, descoordenação e uma atitude aparentemente menos consciente ou menos preocupada relativamente às limitações impostas pela doença. A presença de *neglect* é também uma característica frequentemente descrita, comprometendo a atenção e o reconhecimento hemiespacial afetado (ASA, 2025; Menoita et al., 2012).

Ao nível motor, são comuns a diminuição da força muscular, a presença de hemiparesia ou hemiplegia contralateral à lesão, bem como alterações do tónus muscular e da coordenação dos movimentos voluntários, condicionando significativamente a mobilidade e a funcionalidade (Marques-Vieira et al., 2023; Menoita et al., 2012; Santos et al., 2020). As perturbações da linguagem e da comunicação assumem igualmente elevada prevalência, podendo manifestar-se sob a forma de afasia motora, sensorial ou mista, comprometendo a expressão e/ou a compreensão da linguagem e condicionando de forma significativa a interação da pessoa com o meio envolvente. Paralelamente, surgem com frequência alterações da articulação da fala, disartria, que dificultam a inteligibilidade do discurso. No domínio da deglutição, a disfagia constitui uma complicação relevante, com aumento do risco de aspiração, desnutrição e infeções respiratórias. Ao nível visual e perceptivo, podem ocorrer défices do campo visual, como a hemianópsia, alterações no controlo dos movimentos oculares, incluindo o desvio do olhar conjugado, e perturbações da percepção espacial. No domínio da execução motora e do equilíbrio, é também frequente a presença de ataxia e apraxia, que comprometem a precisão dos

movimentos, a coordenação e a capacidade de realizar gestos intencionais com finalidade específica. A presença de apraxia compromete a realização de gestos voluntários com finalidade, enquanto a ataxia se traduz por instabilidade postural, desequilíbrio e descoordenação dos movimentos. Estas alterações além de condicionarem a mobilidade e a capacidade para a realização das AVD, também aumentam significativamente o risco de queda (Menoita et al., 2012; Santos et al., 2020).

Para além dos défices motores, sensoriais e da linguagem, o AVC também pode afetar de forma significativa as funções cognitivas superiores, com alterações da memória, da atenção, da concentração, da capacidade de raciocínio, do juízo crítico e das funções executivas, interferindo de forma marcante na autonomia e no desempenho das AVD. Em situações de maior gravidade, podem verificar-se alterações do estado de consciência, que podem variar desde a sonolência até ao coma. A multiplicidade e gravidade destes défices evidenciam o elevado impacto funcional do AVC e reforçam a necessidade de uma abordagem precoce, integrada e multidisciplinar no âmbito da reabilitação, orientada para a maximização da recuperação funcional e da qualidade de vida (Menoita et al., 2012; Santos et al., 2020). Estes défices têm repercussões relevantes na capacidade funcional da pessoa, uma vez que comprometem a marcha, o controlo postural e a manutenção do equilíbrio. Em consequência, a mobilidade tende a ficar limitada, dificultando a realização segura e independente das AVD, como levantar-se, deslocar-se no domicílio, subir e descer escadas, executar transferências ou realizar tarefas de autocuidado. Para além disso, a instabilidade durante o movimento aumenta a probabilidade de perdas súbitas de equilíbrio, traduzindo-se num risco acrescido de quedas e de possíveis lesões associadas, com impacto direto na independência, na participação e na qualidade de vida (Santos et al., 2020). Estima-se que, após o AVC, cerca de 60% das pessoas alcancem a independência para os autocuidados, aproximadamente 75% recuperem a capacidade de marcha, enquanto cerca de 20% passam a necessitar de cuidados em contexto institucional (Rocha et al., 2020).

Pelas suas múltiplas repercussões, o AVC configura-se como uma condição clínica com efeitos profundamente marcantes na vida da pessoa, da família e da sociedade. As alterações físicas, cognitivas e psicossociais decorrentes desta patologia traduzem-se em limitações significativas da funcionalidade e da autonomia, com impacto direto na dinâmica familiar, e em elevados custos económicos e sociais (Gomes et al., 2021). A reabilitação após um AVC deve assentar numa abordagem integrada e multidisciplinar, na qual intervêm de forma articulada diferentes profissionais de saúde, com o objetivo de promover a recuperação funcional global da pessoa. Neste contexto, o EEER assume uma responsabilidade particularmente relevante, ao planear, implementar e monitorizar intervenções orientadas para a recuperação motora, para a promoção da funcionalidade e para a capacitação progressiva da pessoa (Regulamento n. 9392/2019). A evidência científica tem demonstrado que a sua

prestação é determinante na promoção da independência nas atividades de autocuidado, como a higiene pessoal, o vestir e a alimentação, permitindo reduzir níveis de dependência e potenciar a autonomia. Estes ganhos repercutem-se de forma significativa na perceção de bem-estar, na participação nas atividades do quotidiano e na melhoria sustentada da qualidade de vida da pessoa após AVC (Loureiro et al., 2025).

No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, o autocuidado constitui o eixo orientador da prática, sendo responsabilidade do EEER promover a capacitação funcional da pessoa, tanto nas atividades de vida diária como nas atividades instrumentais, de forma a favorecer a sua participação ativa no processo de recuperação. Segundo *Li et al. (2023)*, a evidência científica tem demonstrado que melhorar a capacidade de autocuidado constitui um dos objetivos mais relevantes e pragmáticos da reabilitação após um AVC. A melhoria da qualidade de vida das pessoas que experienciam um AVC encontra-se fortemente associada ao nível de independência alcançado nas atividades de autocuidado. Neste sentido, potenciar a capacidade de autocuidado assume-se como um eixo central da intervenção, sendo determinante para promover a independência funcional, a participação ativa e o bem-estar global da pessoa. Para tal, são delineados e implementados programas de reabilitação individualizados, ajustados às respostas humanas, necessidades específicas, aos objetivos pessoais e às condições de vida de cada indivíduo, incentivando o envolvimento ativo no processo de aprendizagem e de adaptação (António et al., 2025).

A intervenção de Enfermagem de Reabilitação deve assentar numa avaliação sistemática e contínua da funcionalidade da pessoa, integrando domínios como a mobilidade, a força muscular, o equilíbrio, a coordenação, a deglutição, a comunicação, a cognição e a capacidade para a realização das atividades de vida. Esta avaliação exige o recurso a instrumentos específicos, validados para a população portuguesa e amplamente consensuais, devendo ainda incluir indicadores reportados pela própria pessoa, de forma a assegurar uma apreciação global e centrada na experiência individual. A partilha dos resultados com a pessoa e com os cuidadores permite a definição de objetivos terapêuticos individualizados e significativos (*Kwakkel et al., 2023*). Para *Sousa et al. (2023)*, a escolha dos instrumentos de avaliação deve assegurar a sua adequação à mensuração da função em análise, bem como níveis satisfatórios de fiabilidade que garantam a estabilidade dos resultados obtidos. Em simultâneo, estes instrumentos devem evidenciar capacidade de sensibilidade para identificar modificações clínicas significativas, possibilitando o acompanhamento rigoroso da evolução funcional da pessoa ao longo do percurso de reabilitação. Tendo por base estes pressupostos e centrando a recolha de dados na avaliação da funcionalidade e na identificação das respostas humanas e necessidades específicas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, foram privilegiados

instrumentos de avaliação padronizados, nomeadamente o Índice de *Barthel*, o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), a Escala *Medical Research Council* (MRC), a Escala de Equilíbrio de *Berg*, o *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e a Escala *Ashworth* Modificada (OE, 2016). Foram também utilizadas a Escala de Coma de *Glasgow* (*Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow*, s.d), a *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) (Ação AVC, 2025) e a Escala Visual Analógica (EVA) (Pereira, 2014).

A avaliação neurológica, ou neuroavaliação, constitui um instrumento fundamental na prática do EEER na abordagem à pessoa com AVC, permitindo identificar alterações neurológicas, orientar o processo terapêutico e monitorizar a evolução clínica. Diferencia-se do exame neurológico médico, por se centrar na resposta funcional da pessoa e nas implicações dos défices no desempenho das atividades e no processo de reabilitação. Esta avaliação integra múltiplos parâmetros da função neurológica, nomeadamente o estado mental, que inclui a avaliação do estado de consciência e orientação, a atenção, a memória nas suas diferentes dimensões (sensorial, imediata, recente, remota), a linguagem (fluência, compreensão, nomeação, repetição), as capacidades práxicas e a negligência hemiespacial unilateral; os pares cranianos; a motricidade (força muscular, tônus muscular, coordenação motora); a sensibilidade; o equilíbrio e a marcha (Menoita et al., 2012). A consciência define-se como a capacidade da pessoa se reconhecer a si própria e de se situar no meio envolvente. A sua avaliação assume particular relevância na vigilância neurológica, uma vez que a sua deterioração pode preceder outras manifestações de agravamento do estado neurológico, constituindo um indicador sensível de alteração precoce da função cerebral. O estado de consciência pode apresentar diferentes níveis, dependendo da extensão da lesão neurológica. No estado vígil, a pessoa encontra-se desperta, orientada e responde de forma imediata e adequada aos estímulos. Na letargia, a pessoa está orientada, mas observa-se um grau acentuado de sonolência, sendo necessário recorrer a estímulos mais intensos para obter resposta, a qual tende a ser lenta e incompleta. A obnubilação traduz-se por uma diminuição marcada da reatividade e por indiferença aos estímulos, com dificuldade em manter o estado de vigília (resposta a ordens simples e/ou estímulo doloroso). No estado estuporoso, a resposta apenas ocorre perante estímulos dolorosos intensos e repetidos (sons incompreensíveis e/ou abertura ocular). Por sua vez, o coma corresponde à ausência total de resposta voluntária a qualquer tipo de estímulo (inconsciência), ainda que possam persistir respostas reflexas (Menoita et al., 2012). A análise da capacidade de a pessoa se situar relativamente a si própria (autopsíquica), ao tempo e ao espaço envolvente (alopsíquica), integra-se na avaliação do conhecimento da consciência. O estado de confusão ou desorientação, caracteriza-se por um início súbito, evolução flutuante e presença de períodos de maior clareza mental intercalados com momentos de alteração. A pessoa pode manifestar diversos sinais, entre os quais se destacam a diminuição da atenção aos estímulos, a redução da

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

capacidade de concentração, alterações do pensamento com desorganização e incoerência, desorientação no tempo e no espaço, bem como perturbações da memória (Menoita et al., 2012). A avaliação do estado de consciência deve ser sistemática, sendo frequentemente realizada através da Escala de Coma de Glasgow, a qual permite uma quantificação rápida e objetiva da resposta ocular, verbal e motora (*Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow, s.d.*). A observação da resposta pupilar assume particular relevância, dado que as estruturas do tronco cerebral responsáveis pelo controlo da consciência se encontram intimamente relacionadas com os mecanismos reguladores da reatividade pupilar. A avaliação deve contemplar o tamanho, a forma, a simetria e a resposta à luz de ambas as pupilas. A presença de anisocoria pode traduzir aumento da pressão intracraniana e compressão do nervo oculomotor; a midríase corresponde à dilatação pupilar e a miose à contração, podendo esta última estar associada a lesões do tronco cerebral (Branco & Santos, 2010). A pontuação varia entre 3 e 15 pontos (Menoita et al., 2012). A atenção constitui outra dimensão essencial do estado mental, correspondendo à capacidade de manter o foco numa determinada atividade e de responder adequadamente a estímulos (Costa et al., 2021; Menoita et al., 2012). Segundo Menoita et al. (2012), a atenção pode dividir-se em três dimensões, a vigilância, a tenacidade e a concentração. A vigilância corresponde ao estado de alerta e à capacidade de a pessoa se manter desperta, recetiva e responsiva aos estímulos do meio envolvente. A sua alteração pode manifestar-se por sonolência, lentificação das respostas ou diminuição da reatividade aos estímulos. A tenacidade refere-se à capacidade de manter a atenção de forma sustentada ao longo do tempo, permitindo à pessoa persistir numa determinada tarefa ou atividade durante períodos prolongados. Esta dimensão é essencial para a execução de atividades contínuas, como manter uma conversa, realizar exercícios terapêuticos ou cumprir uma tarefa funcional. A sua diminuição traduz-se em distração fácil, fadiga mental e dificuldade em concluir tarefas. A concentração diz respeito à capacidade de focar a atenção num estímulo específico, inibindo estímulos irrelevantes. É uma função indispensável para o raciocínio, a aprendizagem, a memória e a resolução de problemas. As alterações da concentração manifestam-se por dificuldade em manter o foco, dispersão do pensamento, erros frequentes e redução do desempenho cognitivo (Menoita et al., 2012). A memória representa igualmente um domínio central da avaliação cognitiva, sendo responsável pelo registo, armazenamento e evocação da informação. Pode ser classificada em memória sensorial, em que a informação é retida durante cerca 0,5 segundos pelos órgãos dos sentidos; memória imediata, em que é retida a informação ouvida nos últimos 15 a 20 segundos; memória recente, de curto prazo, com retenção da informação por cerca de 5 a 10 minutos, e de longo prazo, quando a informação é preservada por períodos superiores a 30 minutos; e memória remota, referente à capacidade de conservar de forma duradoura a informação previamente adquirida. A sua integridade é fundamental para a aprendizagem de novas competências

e para a recuperação da autonomia (Menoita et al., 2012). A avaliação da atenção e da memória pode ser efetuada através de instrumentos padronizados amplamente validados, como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Menoita et al., 2012; OE, 2016). Estes instrumentos permitem uma apreciação objetiva e sistematizada das capacidades cognitivas, constituindo um recurso essencial para a definição de objetivos terapêuticos e para o planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação. A linguagem também deve ser objeto de avaliação, incidindo sobre as capacidades de nomeação, de repetição, de fluência e de compreensão verbal. Através desta apreciação é possível identificar perturbações como as afasias e as disartrias, as quais exercem um impacto significativo na comunicação, na interação com o meio envolvente e no envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação (Menoita et al., 2012).

A avaliação das capacidades práticas permite analisar a aptidão da pessoa para planear, organizar e executar movimentos voluntários com uma finalidade específica, previamente aprendidos, de forma intencional e coordenada. A avaliação deve incidir na execução de gestos simples e complexos, por imitação e por ordem verbal, incluindo a simulação de AVD, a realização de gestos simbólicos e icónicos, e a execução de sequências motoras. As alterações traduzem-se sob a forma de apraxia, distinguindo-se a apraxia ideomotora, caracterizada pela dificuldade em executar gestos simples por comando verbal; a apraxia ideativa, associada à incapacidade de planear e executar ações complexas ou sequências completas corretamente; a apraxia bucofacial, relacionada com a dificuldade em realizar movimentos que envolvam a face e a boca; a apraxia do vestir, em que a pessoa não consegue realizar a sequência de gestos necessária para se vestir; a apraxia da marcha, que consiste na dificuldade em iniciar e manter a sequência normal da marcha; e a apraxia construtiva, que se manifesta pela dificuldade em copiar ou construir figuras (Menoita et al., 2012). Estas alterações comprometem a independência funcional e justificam a sua avaliação sistemática.

A presença de negligência hemiespacial unilateral, também designada por *neglect*, corresponde a uma alteração da atenção hemiespacial seletiva, caracterizada pela incapacidade de a pessoa reconhecer, responder ou orientar-se para estímulos localizados no espaço e/ou hemicorpo contralateral à lesão cerebral. Esta condição encontra-se mais frequentemente associada a lesões do hemisfério direito, manifestando-se tipicamente sob a forma de negligência do hemicorpo esquerdo. Segundo Menoita et al. (2012), esta alteração não resulta de défices motores ou sensoriais primários, mas de uma perturbação nos mecanismos de atenção e de integração da informação espacial. Em situações de maior gravidade, a negligência pode manifestar-se por um desvio marcado e persistente da cabeça e do olhar para a direita, acompanhado de ausência de resposta a estímulos auditivos ou tácteis provenientes do lado esquerdo. Estas alterações podem coexistir com agnosia, na qual a pessoa é

incapaz de reconhecer estímulos apesar da preservação sensorial, e com anosognosia, caracterizada pela falta de consciência dos próprios défices, podendo levar à negação de alterações motoras ou à não percepção da metade esquerda do corpo como parte integrante de si. A ocorrência isolada ou associada destas alterações traduz-se em impactos funcionais significativos, comprometendo a mobilidade, a segurança, o autocuidado e o envolvimento ativo no processo de reabilitação (Menoita et al., 2012).

Uma neuroavaliação completa e criteriosa exige a análise estruturada da função dos pares cranianos. O nervo olfativo ou olfatório (I par), de natureza sensorial, é avaliado através da capacidade de reconhecer odores, analisando-se bilateralmente a presença de alterações como hiposmia ou anosmia. O nervo ótico (II par), igualmente sensorial, deve ser avaliado quanto à acuidade visual e aos campos visuais, permitindo identificar alterações como diplopia ou hemianopsias. Os nervos responsáveis pela motricidade ocular, motor ocular comum / oculomotor (III par), patético / troclear (IV par) e motor ocular externo / abducente (VI par), têm uma função essencialmente motora. A sua avaliação centra-se na observação dos movimentos oculares conjugados, na resposta pupilar à luz e na deteção de alterações como anisocoria, ptose palpebral, nistagmo, estrabismo ou diplopia, permitindo identificar comprometimentos da motricidade ocular. O nervo trigêmeo (V par) apresenta uma componente sensitiva, responsável pela sensibilidade da face nos ramos oftálmico e maxilar, e uma componente motora, relacionada com os músculos da mastigação. Assim, a avaliação inclui a verificação do reflexo córneo-palpebral, da sensibilidade facial bilateral e da força dos músculos mastigatórios, observando-se igualmente a presença de desvios mandibulares. O nervo facial (VII par) desempenha funções sensitivas e motoras, sendo responsável pela motricidade da face e pelo paladar nos dois terços anteriores da língua. A sua avaliação implica a observação da simetria facial e da execução de movimentos voluntários, como sorrir ou franzir a testa, bem como a apreciação do paladar. O nervo auditivo / vestibulococlear / estato-acústico (VIII par) integra uma componente coclear, relacionada com a audição, e uma componente vestibular, associada ao equilíbrio. A avaliação deve, por isso, abranger a acuidade auditiva e o equilíbrio, quer em posição estática quer durante a marcha. Relativamente ao nervo glossofaríngeo (IX par), cuja principal função é sensitiva, importa avaliar o paladar no terço posterior da língua e a presença do reflexo do vômito. O nervo vago ou pneumogástrico (X par), com predominância motora, intervém na mobilidade do palato mole, da faringe e da laringe, sendo essencial avaliar a deglutição e a qualidade da voz. O nervo espinhal ou acessório (XI par) é um nervo motor que inerva o esternocleidomastóideo e a porção superior do trapézio. A sua avaliação baseia-se na observação da força e simetria destes músculos. Por fim, o nervo hipoglosso ou grande hipoglosso (XII par) é responsável pela motricidade da língua, devendo ser avaliado quanto à simetria, força e capacidade de realizar movimentos de elevação, protrusão e

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

lateralização (Menoita et al., 2012). Na avaliação neurológica, a análise da motricidade constitui um aspecto fundamental para a compreensão do desempenho neuromuscular e para a definição de estratégias de intervenção em Enfermagem de Reabilitação. Esta avaliação deve ser conduzida de forma organizada e criteriosa, contemplando três domínios essenciais: a força muscular, o tônus muscular e a coordenação dos movimentos (Menoita et al., 2012). A avaliação da força muscular visa determinar a capacidade de contração voluntária e de execução do movimento contra a gravidade ou resistência. É realizada de forma comparativa e bilateral, dos segmentos distais para os proximais, em todos os planos do movimento dos vários segmentos corporais (Menoita et al., 2012).

Para a avaliação da força muscular pode utilizar-se a Escala *Medical Research Council* (MRC), que permite avaliar a força de 0 (ausência de contração) a 5 (força normal) (OE, 2016). Na sequência de um AVC, podem verificar-se alterações significativas da força muscular, que se refletem diretamente na capacidade de mobilidade da pessoa, manifestando-se frequentemente por quadros de hemiparesia ou hemiplegia (Branco & Santos, 2010). Segundo *Ferry et al.* (2022) a hemiplegia constitui a principal incapacidade associada ao AVC. Quando envolve os membros inferiores, traduz-se frequentemente em diminuição da força muscular, associada a diferentes graus de espasticidade, condicionando de forma significativa a mobilidade e o equilíbrio e da pessoa (*Ferry et al.*, 2022). O tônus muscular/espasticidade corresponde à resistência oferecida pelo músculo ao movimento passivo de uma articulação. Corresponde a um mecanismo reflexo de natureza proprioceptiva que permite a manutenção da postura corporal, através de uma contração contínua, moderada e sustentada dos músculos (Menoita et al., 2012). A sua avaliação é efetuada através da mobilização passiva de todos os segmentos corporais, bilateralmente, dos segmentos distais para os proximais, em toda a sua amplitude articular, classificando-se o nível de resistência observado (Menoita et al., 2012). Para uma avaliação mais estruturada, recorre-se frequentemente à Escala de *Ashworth* Modificada, amplamente utilizada na prática clínica para quantificar o grau de espasticidade, que varia entre 0 e 4, com subdivisão em 1+ (OE, 2016). Na avaliação da coordenação motora é analisada a capacidade de realizar movimentos voluntários de forma precisa, fluída e sincronizada. Esta dimensão é avaliada através de provas específicas, como o teste índice-nariz, calcanhar Joelho e movimentos alternados rápidos, que permitem verificar a presença de dismetrias. A presença de taxia indica que existe coordenação adequada dos movimentos. Pelo contrário, quando esta capacidade está comprometida, considera-se que a pessoa apresenta ataxia, traduzindo uma alteração da coordenação motora (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012). A avaliação da sensibilidade deve fazer parte da avaliação neurológica, uma vez que após um AVC podem ocorrer défices da sensibilidade superficial e profunda, comprometendo a perceção do corpo e do meio envolvente. A sensibilidade superficial e profunda deve ser avaliada bilateralmente com a pessoa de olhos fechados, em todos os segmentos

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

corporais, do distal para o proximal (Menoita et al., 2012). A partir desta avaliação, o EEER estabelece objetivos terapêuticos claros e seleciona intervenções orientadas para o desenvolvimento das capacidades remanescentes, para a aquisição de novas competências e para a minimização das limitações existentes. A participação efetiva da pessoa no seu próprio plano de reabilitação é essencial, permitindo reforçar a autonomia, potenciar o sentido de controlo e promover a retoma progressiva das atividades de autocuidado de forma competente e segura (António et al., 2025).

O processo da recuperação neurológica, motora e funcional apresenta grande variabilidade entre as pessoas e ao longo das diferentes fases pós-AVC. A sua evolução é mais expressiva nos primeiros meses subsequentes ao evento, sendo sobretudo entre o terceiro e o sexto mês que se observam os progressos mais evidentes ao nível da função motora, sensorial e cognitiva. No entanto, as semanas iniciais após o evento assumem um papel decisivo, uma vez que correspondem ao período de maior plasticidade cerebral, durante o qual a estimulação precoce e a intervenção de reabilitação adequada potenciam de forma significativa os ganhos funcionais (Santos et al., 2020). Kwakkel et al. (2023) referem que, de acordo com diversos estudos, a recuperação neurológica e a melhoria do desempenho funcional tendem a concentrar-se sobretudo numa fase inicial do processo de recuperação, atingindo uma fase de estabilização cerca de dez semanas após o evento, ocorrendo, na maioria dos casos, de forma independente da idade da pessoa ou das características específicas da intervenção terapêutica implementada. Em fases mais avançadas, os ganhos adicionais decorrem maioritariamente da adoção de estratégias compensatórias que permitem à pessoa adaptar-se às limitações persistentes. Assim, o início da reabilitação deve ocorrer o mais rapidamente possível, logo que a pessoa se encontre clinicamente estável do ponto de vista hemodinâmico. Para que os resultados sejam eficazes, a reabilitação deve assumir carácter contínuo e progressivo ao longo do tempo, exigindo uma articulação permanente entre os vários profissionais da equipa multidisciplinar, bem como a participação ativa da pessoa e da sua rede de suporte (Santos et al., 2020; Kwakkel et al., 2023). A reabilitação motora da pessoa com AVC constitui um processo terapêutico estruturado e orientado para a recuperação das funções motoras, através do qual a pessoa aprende a otimizar e a adaptar as suas respostas motoras, sensoriais e cognitivas, para a melhoria do desempenho nas AVD e para a promoção da autonomia na vida diária (Kwakkel et al., 2023). Este processo é promovido por meio de treino específico para a tarefa, repetitivo, orientado por objetivos, progressivo e ajustado ao contexto funcional. Tem como finalidades a otimização da funcionalidade, o reforço da independência e a valorização da participação social. Deste modo, a reabilitação motora constitui um elemento central no apoio à pessoa com AVC, contribuindo para a maximização da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida (Kwakkel et al., 2023).

4. INTERVENÇÃO DO EEER NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

A transição de cuidados corresponde ao conjunto de medidas organizadas que visam assegurar a continuidade e a coordenação dos cuidados de saúde sempre que a pessoa é transferida entre diferentes contextos, níveis de cuidados ou serviços de prestação de cuidados de saúde, tais como cuidados primários, reabilitação, cuidados domiciliários ou comunitários, cuidados paliativos ou cuidados continuados. Estas transições podem, igualmente, ocorrer dentro da mesma instituição (RNAO, 2023; Sociedade Americana de Geriatria, 2023, citada por Sousa et al., 2019). É frequente a pessoa experienciar múltiplas transições ao longo do seu percurso de cuidados, quando, por exemplo, é transferida de um hospital para uma unidade de reabilitação e desta para o domicílio (RNAO, 2023). Este processo é particularmente relevante para pessoas com necessidades complexas, implicando a existência de um plano de cuidados abrangente e a intervenção de profissionais devidamente informados sobre o estado clínico, as preferências e os objetivos da pessoa. Engloba, igualmente, ações de educação para a saúde dirigidas à pessoa e à família e uma articulação eficaz entre os diferentes profissionais envolvidos (Sociedade Americana de Geriatria, 2023, citada por Sousa et al., 2019).

Para uma transição de cuidados segura e eficaz é importante implementar um conjunto de estratégias estruturadas, desde o início do internamento, que incluem a uniformização dos registos clínicos e dos documentos utilizados na referênciação, transferência e alta. Implica também um planeamento estruturado da alta, assente em critérios e protocolos previamente definidos. É igualmente essencial garantir uma prescrição medicamentosa rigorosa e sistemática, assegurando que a terapêutica é adequada e compreendida pela pessoa e pela equipa que dará continuidade aos cuidados. Paralelamente, deve ser assegurado o acompanhamento adequado após a saída do hospital, nomeadamente através de contactos telefónicos de *follow up* e visitas domiciliárias, com o objetivo de acompanhar a adaptação da pessoa e da família à nova situação, monitorizar a sua condição clínica e identificar eventuais dificuldades. A articulação entre níveis de cuidados deve ser reforçada, melhorando a comunicação entre os diferentes serviços, especialmente entre os cuidados de saúde primários e os serviços de urgência, bem como designar um profissional responsável pela coordenação dos cuidados em situações mais complexas. Por fim, a educação e o apoio contínuo à pessoa e à família/cuidador constituem elementos essenciais para o sucesso da transição (Sousa et al., 2019).

Quando a transição de cuidados é desajustada, pode ter consequências negativas significativas, nomeadamente aumento da mortalidade, morbidade e eventos adversos, atrasos no acesso a tratamentos e apoio comunitário, maior recurso a consultas e serviços de urgência, realização de exames desnecessários ou perda de informação clínica durante o acompanhamento, bem como reinternamentos hospitalares evitáveis (WHO, 2016). Sousa et al. (2019), salientam que a existência

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

de transições de cuidados adequadas promove a melhoria dos cuidados de saúde e da qualidade de vida das pessoas após a alta, contribuindo para a redução das consequências negativas frequentemente associadas a processos de transição desarticulados, como os referidos anteriormente.

Em momentos de maior vulnerabilidade, como a transição do hospital para o domicílio ou comunidade, torna-se fundamental assegurar uma transição segura e eficaz para a pessoa e para a sua família. Neste contexto, os EEER assumem uma intervenção determinante, acompanhando e orientando este processo de mudança. Esta atuação enquadra-se na abordagem dos cuidados centrados na pessoa, que reconhece que cada indivíduo é único, com necessidades, valores e preferências próprias. Assim, a prática de cuidados deve ser ajustada a essa individualidade, promovendo respostas personalizadas e alinhadas com as reais necessidades da pessoa em transição (RNAO, 2023; Romão, 2023). De acordo com Lobo & Palma (2024), a intervenção do EEER é determinante para que o processo de transição seja seguro e eficaz, uma vez que possui competências para planejar, executar, monitorizar e avaliar programas estruturados de reeducação funcional e de treino, permitindo a capacitação da pessoa para o autocuidado. Os planos de intervenção devem ser individualizados e ajustados à pessoa com AVC (Sousa et al., 2019). Segundo os mesmos autores, os ensinamentos incidem sobretudo na promoção do autocuidado, na compreensão e adesão ao regime terapêutico, na identificação e gestão dos fatores de risco associados à recorrência do AVC e no reconhecimento dos sinais de alerta. António et al., (2025) referem que a promoção do autocuidado constitui um eixo fundamental da intervenção nos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, cabendo ao EEER o desenvolvimento de programas de reabilitação individualizados, que potenciem as capacidades funcionais da pessoa, permitindo-lhe realizar, com maior independência, autonomia e segurança, as AVD e as AIVD. A capacitação para o autocuidado pressupõe a participação ativa da pessoa em todo o processo de reabilitação e capacitação, valorizando as suas capacidades, preferências e potencial de aprendizagem. Neste sentido, é essencial promover o seu envolvimento na definição e implementação das intervenções terapêuticas, favorecendo o desenvolvimento de capacidades adaptativas, que lhe permitam recuperar ou manter a independência no autocuidado. Esta abordagem, centrada na pessoa, orienta-se para o fortalecimento das suas capacidades funcionais e para o reforço do autocuidado, através de intervenções planeadas, estruturadas e deliberadas, com o objetivo de potenciar o máximo nível de autonomia possível, contribuindo para uma maior qualidade de vida (António et al., 2025).

O AVC configura-se como uma patologia neurológica complexa, frequentemente geradora de incapacidade e dependência, com repercussões profundas na vida da pessoa e da sua família, colocando desafios significativos à continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, sendo estes, na

maioria dos casos, assumidos pelas famílias. São elas que, através de cuidados informais ou da contratação de pessoal não profissional, complementam os cuidados formais fornecidos pelo sistema de saúde, assumindo um papel determinante na continuidade dos cuidados e na manutenção da vida quotidiana da pessoa dependente (*Palacios-Galvez et al., 2025*). Esta realidade evidencia a importância do cuidador informal no processo de transição de cuidados, onde podem emergir dificuldades relacionadas com a adaptação ao novo papel, a ausência de competências específicas e a necessidade de apoio e capacitação. A intervenção do EEER revela-se fundamental para promover uma transição segura, ao facilitar a aquisição de competências, o desenvolvimento de novos conhecimentos e a adaptação funcional à nova condição de saúde, promovendo uma vivência mais autónoma, equilibrada e com melhor qualidade de vida.

Na transição de cuidados, o desafio colocado aos enfermeiros vai muito além da prestação de cuidados técnicos ou da resposta imediata às necessidades da pessoa com AVC. Implica uma compreensão aprofundada e sensível dos processos de transição vivenciados pela pessoa, reconhecendo que estas transições envolvem as dimensões físicas, psicológicas e sociais (*Sousa et al., 2020*). O EEER deve interpretar como a pessoa e a sua família vivenciam a mudança, quais os significados que lhe atribuem, que recursos possuem e que fragilidades enfrentam, de modo a adequar a sua intervenção a esta realidade complexa. Compete-lhe garantir que as pessoas têm condições para ter alta de forma segura, devidamente preparadas e apoiadas com suporte necessário, promovendo uma articulação eficaz e uma comunicação clara entre profissionais de saúde, pessoas, cuidadores, familiares e serviços envolvidos, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados (*Sousa et al., 2019*).

A preparação da alta deve ter início o mais precocemente possível, idealmente no momento da admissão, e manter-se ao longo de todo o internamento até ao momento da alta. Esta visa a preservação da qualidade de vida e a continuidade dos cuidados após a alta, tanto para a pessoa como para a sua família/cuidador informal, e contribui para o desenvolvimento de competências de autocontrolo face às respostas humanas e para a adaptação à nova condição de saúde, favorecendo a permanência no contexto familiar. Paralelamente, permite reduzir o tempo de internamento, otimizar a utilização dos recursos hospitalares e comunitários, e potenciar a capacidade de resposta dos serviços de saúde (*Padilha, 2006*). É importante que exista uma rede formal, que integre os cuidados diferenciados e os cuidados de saúde primários, para favorecer a referenciação atempada e possibilitar uma resposta coordenada e adequada por parte dos serviços comunitários, garantindo a continuidade dos cuidados e a adequação dos mesmos às necessidades e respostas humanas da pessoa.

O período de internamento assume-se como uma fase determinante para a capacitação da pessoa, da família ou do cuidador informal. A preparação da alta concretiza-se através de momentos estruturados

de ensino, treino e orientação dirigidos à pessoa e à família, da referenciação atempada das situações identificadas como problemáticas para outros profissionais envolvidos no processo de reabilitação, e da garantia da continuidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (Chaparro, 2023). O planeamento dos momentos de ensino deve ser individualizado e ajustado às necessidades e respostas humanas identificadas, sendo fundamental avaliar e monitorizar as capacidades adquiridas, de modo a assegurar que estas se encontram consolidadas antes da alta. *Oksholm et al. (2023)*, referem que têm vindo a ser implementados programas de transição de cuidados orientados para facilitar a adaptação à nova condição de saúde, através de estratégias de educação para a saúde e de acompanhamento estruturado dos casos. Para além de sustentarem o processo de reabilitação, estas iniciativas contribuem para a prevenção de complicações e para a redução de readmissões hospitalares. O processo de aquisição de conhecimentos e competências contribui para a capacitação do cuidador informal, permitindo-lhe prestar cuidados de forma mais segura, informada e ajustada às necessidades da pessoa. Esta capacitação não pressupõe a substituição do profissional de saúde, mas sim o reconhecimento do cuidador como elemento integrante e colaborativo no processo de cuidar. Neste sentido, torna-se fundamental que o cuidador disponha de acompanhamento e suporte contínuo por parte dos profissionais, garantindo a validação das suas competências e a segurança na prestação dos cuidados (Loureiro, 2020).

A capacitação da família ou cuidador informal assume particular relevância, uma vez que estes passam a assumir um conjunto diversificado de responsabilidades, que exigem conhecimentos e treino específicos. Entre estas destacam-se o apoio nas atividades de vida diária, a resolução de problemas, a tomada de decisão relacionada com os cuidados, a execução de tarefas que exigem competências comunicacionais e organizacionais, bem como a antecipação de cuidados e a monitorização contínua do estado de saúde da pessoa cuidada (Sousa et al., 2020). Segundo Loureiro (2020), os momentos de treino e prática devem permitir observar, experimentar e validar, de forma progressiva, as atividades que irão desempenhar, de modo a favorecer a aquisição de competências técnicas e contribuir para o aumento da confiança e da segurança da família ou cuidador informal no desempenho do seu papel. O EEER contribui ativamente para a capacitação da pessoa e da família, ao mesmo tempo que apoia a sua adaptação à nova condição de saúde e dependência, facilitando a forma como vivenciam o processo de transição (Chaparro, 2023).

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

Este capítulo tem como finalidade promover uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso de formação em Enfermagem de Reabilitação, perspetivando-as como um processo dinâmico, progressivo e em permanente construção. O desenvolvimento da competência profissional em enfermagem é amplamente reconhecido na literatura como resultante da articulação integrada entre o conhecimento teórico-científico, a experiência clínica e a reflexão sistemática sobre a prática, permitindo a evolução de níveis mais elementares, baseados na execução e na regra, para níveis progressivamente mais autónomos, intuitivos, integrados e responsáveis. Este processo evolutivo encontra sólida sustentação no modelo de *Benner* (2001), que descreve a progressão do enfermeiro desde o estado de principiante até ao de perito, salientando o papel central da experiência clínica e da capacidade reflexiva no desenvolvimento do juízo clínico, da tomada de decisão e da intervenção diferenciada em contextos de elevada complexidade. Para *Benner* (2001), os contextos de prática clínica assumem-se como espaços privilegiados de integração entre o conhecimento teórico previamente adquirido e a sua aplicação em situações reais de cuidado. É neste contacto direto com a complexidade da prática que se desenvolvem aprendizagens significativas, sustentadas na experiência, que promovem a consolidação do raciocínio clínico, a tomada de decisão fundamentada e o desenvolvimento progressivo das competências profissionais. Segundo a mesma autora, a competência profissional não se reduz à execução técnica de procedimentos, mas integra um conjunto articulado de dimensões cognitivas, clínicas, éticas, relacionais e organizacionais, que se manifestam na capacidade de análise da situação, no raciocínio clínico, na escolha fundamentada das intervenções e na resposta ajustada às necessidades singulares da pessoa, da família e da comunidade. A competência traduz-se, assim, na mobilização crítica do saber em ação, orientada por princípios éticos, pela segurança dos cuidados e pela promoção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida, assumindo particular relevância no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, onde a complexidade das situações exige uma abordagem simultaneamente técnica, relacional, educativa e de capacitação.

Na perspetiva de Marques et al. (2024), o conceito de competência pode ser compreendido como uma realidade simultaneamente mensurável e complexa, na medida em que se traduz num conjunto de capacidades passíveis de observação, avaliação e monitorização ao longo do percurso profissional. Neste enquadramento, a competência integra dimensões como a responsabilidade, a flexibilidade, a autonomia, a capacidade de assumir iniciativas e de responder eficazmente a situações novas e

imprevistas. Engloba, de forma indissociável, o saber-saber, correspondente ao domínio dos conhecimentos teóricos, o saber-fazer, relacionado com a aplicação prática desses conhecimentos, e o saber ser, que remete para as atitudes, valores, postura ética e comportamentos profissionais. Esta articulação entre conhecimento, ação e atitude constitui a base do exercício profissional competente e da intervenção qualificada em enfermagem (Marques et al., 2024). A clarificação do conceito de competência no âmbito da enfermagem revela-se fundamental para a compreensão do exercício profissional e das suas exigências. A análise cuidada deste conceito permite reforçar a supervisão da qualidade dos cuidados prestados, explicitar os diferentes graus de responsabilidade associados à prática e sustentar os referenciais de avaliação do desempenho. Simultaneamente, a definição de competências constitui um instrumento estruturante na formulação dos objetivos da formação, na organização das carreiras no contexto institucional e na promoção da mobilidade profissional, assumindo-se como um elemento essencial para a valorização, regulação e desenvolvimento da profissão (Pestana, 2023).

A reflexão crítica sobre as experiências dos estágios e sobre as atividades desenvolvidas assume, deste modo, um papel estruturante no processo de aprendizagem e de consolidação das competências. A prática reflexiva permite ao estudante analisar a própria ação, questionar decisões, conceptualizar as intervenções e integrar novos conhecimentos à luz da evidência científica e da experiência vivida. Estudos recentes evidenciam que a reflexão estruturada favorece a integração de saberes, o reconhecimento de forças e fragilidades, a reorganização do pensamento clínico e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo reconhecida como um elemento essencial para o desenvolvimento profissional contínuo em enfermagem (Mohamed & Taie, 2024; Sherwood, 2024). No contexto dos mestrados profissionais, a elaboração de relatórios de estágio com forte componente reflexiva constitui um instrumento privilegiado para tornar visível o modo como, em contextos reais de prática, se constroem e consolidam as competências comuns, as competências específicas de especialidade e as competências de mestre, promovendo uma identidade profissional mais consciente, crítica e responsável.

No enquadramento específico da Enfermagem de Reabilitação em Portugal, o desenvolvimento de competências encontra-se formalmente solidamente alicerçado nos referenciais normativos definidos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019) e pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (Regulamento n.º 350/2015). Estes documentos estabelecem as áreas de competência, os domínios de responsabilidade profissional

e os critérios de qualidade que orientam a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, constituindo simultaneamente um quadro de referência para a autoavaliação do desempenho e para a análise crítica do percurso formativo. Estes normativos reforçam ainda a centralidade da pessoa no processo de cuidados, a promoção da funcionalidade, da autonomia, da participação e da continuidade dos cuidados, bem como a necessidade de uma prática baseada na melhor evidência científica disponível.

Neste sentido, o desenvolvimento de competências nesta área implica a integração de conhecimentos avançados nas dimensões cardiorrespiratória, neuromuscular, neurosensorial, cognitiva, da comunicação, da alimentação, da eliminação e das atividades de vida diária, bem como competências relacionais, pedagógicas e de intervenção junto da família e da comunidade (Regulamento n.º 392/2019). Paralelamente, exige-se ao Enfermeiro Especialista uma atuação crítica, ética e baseada na melhor evidência científica disponível, orientada para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Importa ainda salientar que o percurso de desenvolvimento de competências ocorre num contexto de transições múltiplas, quer ao nível da pessoa alvo de cuidados, quer ao nível do próprio estudante/enfermeiro em formação. A teoria das transições de *Meleis* (2010) reforça a importância de compreender os processos de mudança, adaptação, vulnerabilidade e capacitação, sendo particularmente pertinente na análise do desenvolvimento profissional durante os estágios, em que o estudante transita de um papel mais dependente para uma prática progressivamente mais autónoma, responsável e diferenciada. Assim, a análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo deste percurso formativo permite não apenas evidenciar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos, mas também compreender o modo como estas competências foram construídas nas interações com a pessoa em situação de doença e com as equipas multiprofissionais nos diferentes contextos institucionais. Este exercício reflexivo contribui para uma maior consciência profissional, para a consolidação da identidade enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e para a identificação de áreas de melhoria e de desenvolvimento profissional contínuo (*Jasper et al., 2013*). Deste modo, o presente capítulo pretende analisar, de forma fundamentada, crítica e reflexiva, à luz dos referenciais teóricos e normativos da Enfermagem de Reabilitação, em que medida as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências preconizadas, analisando os ganhos alcançados, os desafios enfrentados, as limitações identificadas e as estratégias mobilizadas para a sua superação.

5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista constituiu um eixo transversal ao longo de todo o percurso formativo, refletindo-se de forma consistente nos quatro domínios das competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências, definidas nos referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º140/2019), estruturam a prestação de cuidados especializados numa lógica de segurança, qualidade, rigor científico e responsabilidade social.

Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal representa o alicerce da prática de cuidados de enfermagem, orientando a tomada de decisão e a prestação de cuidados em contextos frequentemente caracterizados pela complexidade e pela vulnerabilidade da pessoa. O exercício profissional do enfermeiro deve pautar-se pelo cumprimento rigoroso do Código Deontológico, enquanto referencial ético que orienta a conduta profissional e garante a qualidade, a segurança e a dignidade dos cuidados prestados.

A responsabilidade profissional do EEER assenta numa reflexão ética permanente sobre o seu agir, orientando-se por princípios, valores e normas que fundamentam a sua prática. A ética, enquanto domínio do saber que estuda o comportamento humano, constitui a base das decisões profissionais, exigindo do enfermeiro uma atuação consciente, responsável e fundamentada no respeito pela dignidade da pessoa. No exercício da enfermagem de reabilitação, esta reflexão ética traduz-se no respeito integral pela pessoa cuidada, pelos seus direitos, pela sua autonomia, pela sua privacidade, pelas suas crenças e valores, bem como na salvaguarda do consentimento informado e do sigilo profissional. A ação do enfermeiro concretiza-se numa relação interpessoal com a pessoa, com a família e com a equipa, sendo regulada por princípios ético-deontológicos que visam promover cuidados seguros, humanizados e legalmente sustentados. Paralelamente, o agir ético articula-se com o cumprimento da legislação em vigor e com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, assegurando uma prática profissional responsável, promotora da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida da pessoa (Deodato, 2023; Nunes, 2024).

Neste contexto, ao longo do estágio profissionalizante, a tomada de decisão ética em contexto clínico afirmou-se como uma exigência constante e transversal à prática, orientada pelos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, tal como definidos na bioética principialista (Beauchamp & Childress, 2019; Chadwick & Gallagher, 2016) e na Deontologia Profissional de Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

Enfermagem (OE, 2015). No serviço de Neurologia, no cuidar à pessoa com AVC, esta dimensão adquiriu particular relevância face à elevada vulnerabilidade da mesma, frequentemente associada aos défices motores, a alterações do estado de consciência e orientação, a perturbações da comunicação, como a afasia, e ao compromisso da capacidade de decisão. Perante estas circunstâncias, tornou-se imprescindível uma intervenção pautada pela responsabilidade, pelo rigor ético e pela centralidade da pessoa, assegurando a proteção da sua dignidade, dos seus direitos e da autonomia possível.

O princípio da autonomia traduz-se no reconhecimento do direito da pessoa em participar ativamente nas decisões que dizem respeito à sua própria vida, de forma livre, esclarecida e em consonância com os seus valores, crenças e preferências. O exercício pleno da autonomia pressupõe a capacidade de compreender a informação relevante, ponderar as consequências das diferentes opções e decidir de forma consciente, orientada pelos seus próprios objetivos (*Beauchamp & Childress, 2019; Chadwick & Gallagher, 2016*). Sempre que esta capacidade se encontra comprometida, torna-se imperativo adotar medidas de proteção que salvaguardem a sua dignidade e interesses, promovendo simultaneamente o respeito pela sua vontade na medida do possível, garantindo uma tomada de decisão ética e proporcional. Ao longo do estágio, o respeito pela autonomia foi promovido sempre que a condição clínica da pessoa o permitia, através da explicação clara e adaptada das intervenções de reabilitação propostas, como a mobilização precoce, o treino de transferências, os posicionamentos, a reeducação respiratória e o treino funcional, garantindo o seu consentimento informado para a realização dos mesmos (Regulamento n.º 350/2015). Muitas pessoas com AVC apresentam afasia, disartria, dificuldades de processamento da linguagem ou alterações do estado de consciência/orientação, o que exige estratégias comunicacionais adaptadas. Para garantir decisões esclarecidas, foram utilizadas técnicas de comunicação facilitada, como perguntas fechadas, apoio gestual, escrita simplificada e validação repetida. Nas situações em que a pessoa se encontrava incapaz de expressar a sua vontade, a intervenção do enfermeiro orientou-se pela proteção da pessoa em situação de vulnerabilidade e pela salvaguarda do seu superior interesse. Na tomada de decisão assegurou-se que as opções consideradas fossem consistentes com os valores, crenças e preferências previamente conhecidas da pessoa. Sempre que possível, recorreu-se ao envolvimento da família ou do representante legal, promovendo uma decisão partilhada, livre de influência indevida. O processo incluiu a disponibilização de informação clara, relevante e suficiente, adaptada ao nível de literacia, sobre a finalidade das intervenções, os benefícios e os resultados esperados, respeitando o direito à recusa. Paralelamente, foi privilegiado um consentimento de natureza relacional, assente na parceria, na transparência e na construção de confiança, com atenção contínua às respostas da pessoa às suas experiências de vida e de saúde, garantindo o respeito pela dignidade humana, pelos direitos fundamentais e pelos princípios

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

éticos que regem a prática profissional (*American Nurses Association [ANA], 2025; International Council of Nurses [ICN], 2021*).

A promoção da autonomia da pessoa constituiu sempre uma das prioridades da reabilitação. Mesmo perante os défices significativos, foi privilegiada a tomada de decisão partilhada, desde a sua admissão até à fase de transição de cuidados, incentivando a participação ativa no plano de reabilitação, como na escolha de objetivos, horários de treino cognitivo e motor, preferências de posicionamento ou estratégias de comunicação. Um exemplo concreto desta prática ocorreu com uma pessoa internada após AVC, que manifestava preferência pela realização dos exercícios de reabilitação no período da tarde. Durante a manhã apresentava-se mais adinâmica, sonolenta e com menor capacidade de participação, o que resultava frequentemente na interrupção precoce das atividades propostas. Ao reconhecer esta preferência e integrar a perceção subjetiva da própria pessoa sobre o seu estado funcional ao longo do dia, foi possível ajustar o plano terapêutico e planear as sessões de reabilitação para o período em que se encontrava mais desperta, motivada e capaz de participar. Esta adaptação refletiu não só o respeito pela autonomia e preferências individuais, mas também uma intervenção centrada na pessoa, em consonância com o Código de Ética do *International Council of Nurses (ICN, 2021)*, que preconiza a necessidade de reconhecer e integrar os valores, rotinas e necessidades específicas da pessoa na organização dos cuidados. Na elaboração do plano de intervenção de ER foram consideradas as expectativas, objetivos e preferências da pessoa, com a inclusão da família sempre que fosse possível, porque algumas das pessoas cuidadas residiam fora de Lisboa e não tinham a presença assídua da família. Para Vasconcelos (2021) é a própria pessoa que assume o processo de tomada de decisão relativamente ao seu percurso de saúde.

O princípio da beneficência, que assenta no reconhecimento do valor moral do outro, orienta o profissional de saúde para uma atuação ativa na promoção do bem, através da avaliação ponderada dos riscos e benefícios de cada intervenção e da adoção de ações que visem o bem-estar global da pessoa. Distingue-se, assim, do princípio da não-maleficência, que se centra essencialmente no dever de evitar causar prejuízo ou dano (*Beauchamp & Childress, 2019; Chadwick & Gallagher, 2016*). Esteve sempre presente na implementação de intervenções orientadas para a prevenção de complicações precoces do AVC, nomeadamente a prevenção de úlceras por pressão, tromboembolismo, infeções respiratórias, aspiração e espasticidade, através de posicionamentos adequados, mobilização precoce e reeducação funcional progressiva (ESO, 2024). Simultaneamente, o princípio da não maleficência foi assegurado mediante a avaliação rigorosa do risco antes de cada intervenção, nomeadamente na prevenção de quedas, na vigilância da disfagia e do risco de aspiração e no controlo da fadiga durante

o treino funcional, garantindo a segurança da pessoa em todos os momentos do processo de cuidados (Regulamento n.º 350/2015).

O respeito pelo princípio da justiça traduziu-se na prestação de cuidados equitativos, assegurando que todas as pessoas com AVC tinham acesso às intervenções de reabilitação de acordo com as suas respostas humanas, necessidades e grau de dependência, independentemente da idade, sexo, condição socioeconómica ou contexto familiar (OE, 2015).

A confidencialidade, a privacidade e a intimidade constituem princípios éticos essenciais que orientam a atuação dos profissionais de saúde, embora representem conceitos distintos. A confidencialidade diz respeito ao dever do profissional de assegurar que qualquer informação que lhe seja revelada permaneça protegida e não seja divulgada indevidamente. A privacidade refere-se ao direito de a pessoa manter reservados aspetos da sua vida íntima, sentindo-se segura para decidir o que deseja ou não partilhar (ICN, 2021; Vargas et al., 2022). A intimidade, com origem no latim *intimus*, remete para aquilo que é mais interior e próprio de cada pessoa, que a mesma decide preservar de interferências externas, não se restringindo ao simples direito de não ser perturbado ou observado, mas inclui, igualmente, o direito de controlar a forma como a informação pessoal é utilizada por terceiros. Assim, a intimidade corresponde a um espaço reservado, autónomo e protegido, no qual o indivíduo pode existir livre de interferências indevidas, preservando a sua dignidade e identidade (Barreiro, 2025). O direito à proteção da intimidade da vida privada encontra-se expressamente consagrado no quadro dos direitos, liberdades e garantias fundamentais da Constituição da República Portuguesa, nomeadamente no artigo 26.º, n.º 1 (Assembleia da República, 2021). Estes princípios foram rigorosamente mantidos, quer na documentação dos cuidados, quer na comunicação interprofissional, assim como no contacto com a família, assegurando que apenas a informação estritamente necessária era partilhada e sempre de forma ética e legal (Deodato, 2023). A confidencialidade pode ser entendida como uma forma específica de privacidade relacionada com a informação. Na prática clínica, ela manifesta-se quando uma pessoa partilha dados sensíveis com um profissional de saúde, que, ao tomar conhecimento desses dados, assume o compromisso ético e profissional de não os revelar a terceiros sem a autorização explícita de quem os forneceu. A confidencialidade é, portanto, indispensável à relação terapêutica, pois é através dela que a pessoa se sente segura para partilhar informações relevantes, permitindo a construção de uma relação de confiança e a criação de um vínculo profissional sólido (ICN, 2021; Vargas et al., 2022). A dignidade da pessoa e da família constitui um princípio estruturante dos cuidados centrados na pessoa defendidos pela RNAO. A prestação de cuidados deve ser sempre organizada em torno da pessoa, respeitando a sua identidade, valores, crenças, cultura, preferências e experiência de saúde, reconhecendo-a como um ser único. Este

respeito decorre da necessidade de conhecer a pessoa no seu todo, garantindo que as intervenções são verdadeiramente significativas para ela e para a sua família, promovendo a autonomia, a participação ativa e a tomada de decisão partilhada. Assim, proteger a dignidade implica estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, na comunicação clara e na valorização do papel da família enquanto elemento essencial do percurso de saúde, permitindo que esta contribua para o processo de cuidado e tomada de decisão sempre que a pessoa o deseje (RNAO, 2025). A dignidade da pessoa foi salvaguardada de forma contínua em todas as intervenções de ER, traduzindo-se em cuidados que procuraram constantemente proteger a sua integridade física, emocional e relacional. Nos cuidados de higiene, assegurou-se a proteção da intimidade através da redução da exposição corporal e da criação de um ambiente seguro e privado, garantindo a sua privacidade e respeito pela sua imagem corporal. Durante os posicionamentos, a mobilização no leito e as transferências, privilegiou-se o conforto, a segurança e a explicação prévia e clara dos procedimentos, ajustando cada intervenção às capacidades e limitações da pessoa. A dignidade foi igualmente respeitada ao reconhecer a sua singularidade, evitando qualquer forma de juízos de valor, em consonância com as orientações internacionais que defendem práticas centradas na pessoa e na proteção da sua integridade (ICN, 2021; *Jasper et al.*, 2023; RNAO, 2025).

A diversidade de experiências, crenças e valores das pessoas internadas após um AVC exigiu também uma abordagem sensível ao contexto cultural e espiritual. Demonstrar respeito pelas crenças e valores individuais foi essencial em situações como recusa de determinados procedimentos, preferência por intervenções não farmacológicas ou necessidade de suporte espiritual. A literatura reconhece que cuidados culturalmente competentes promovem uma relação terapêutica mais eficaz e facilitam a adesão ao processo de reabilitação (ICN, 2021; Nunes & Amaral, 2022).

No desenvolvimento dos relatos de caso incluídos neste relatório, foram rigorosamente respeitados os princípios éticos e legais que orientam a prática e a investigação em enfermagem, assegurando a proteção dos direitos da dignidade, liberdade e da autonomia das pessoas envolvidas (Deodato, 2023). A pessoa cuidada e a família foram previamente informadas sobre a finalidade académica dos relatos, tendo sido obtido o consentimento informado livre e esclarecido, como apresentado no Apêndice I, garantindo sempre a possibilidade de desistência sem prejuízo para os mesmos, após a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética da ESSATLA para a realização dos relatos de caso clínico, expostos no Anexo I. Foram igualmente salvaguardados os princípios de privacidade e confidencialidade, em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. A recolha e análise dos dados foram conduzidas de forma ética, respeitando as crenças, valores e preferências da pessoa cuidada e promovendo a sua participação no processo de reabilitação. Assim,

os relatos apresentados refletem não só a prática clínica vivenciada nos contextos hospitalar e comunitário, mas também um compromisso ético sólido, alinhado com os princípios fundamentais da enfermagem e com a responsabilidade inerente à prática especializada em Enfermagem de Reabilitação. A reflexão sistemática sobre a prática constitui um elemento central do crescimento profissional e integra os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros para os cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015). Neste enquadramento, compreendo que as minhas responsabilidades profissionais, éticas e legais se materializam na garantia de cuidados que promovam a satisfação da pessoa, reconhecendo-a na sua dignidade e envolvendo-a ativamente na construção do seu próprio percurso de saúde. O compromisso com a promoção da saúde implica assegurar intervenções que antecipem riscos, previnam complicações e contribuam para o bem-estar e autocuidado ao longo de todo o processo terapêutico. Através de um plano de cuidados delineado em parceria, centra-se a intervenção na capacitação e no fortalecimento da autonomia, pilares fundamentais para a readaptação e reeducação funcional.

Melhoria Contínua da Qualidade

Ao nível da **melhoria contínua da qualidade**, o percurso formativo permitiu desenvolver competências associadas à utilização da evidência científica como suporte da prática, à análise crítica das intervenções implementadas e à avaliação sistemática dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A concretização destas competências exigiu, desde cedo, a definição de metas específicas orientadas para a promoção da qualidade dos cuidados, para a participação em iniciativas de melhoria contínua e para a criação de ambientes terapêuticos seguros para a pessoa e para os profissionais. Assim, no início de cada estágio procurei compreender de forma clara como as unidades estavam organizadas, quais os recursos humanos e materiais disponíveis e quais as áreas prioritárias de intervenção, de modo a alinhar as oportunidades de aprendizagem com os objetivos delineados para os estágios. A compreensão aprofundada da dinâmica dos contextos de estágio exigiu uma abordagem sistemática assente na análise documental, na observação e na integração progressiva na equipa de enfermagem. Um dos primeiros passos consistiu na consulta dos documentos estruturantes de cada serviço, incluindo protocolos clínicos, normas e manuais de procedimento, projetos de melhoria contínua em desenvolvimento e orientações específicas relativas à intervenção do EEER.

A integração nestes contextos, comunitário e hospitalar, permitiu observar de forma privilegiada a existência de vários projetos de melhoria contínua em curso, orientados para a segurança da pessoa e para a qualidade dos cuidados prestados. Entre estes, destacaram-se os programas institucionais dedicados à prevenção das quedas e à higienização das mãos, ambos considerados intervenções

prioritárias de segurança da pessoa e amplamente reconhecidos como indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No que respeita à prevenção de quedas, identificou-se que tanto nos serviços hospitalares como no contexto domiciliário existiam estratégias sistematizadas para reduzir este evento adverso, dada a sua elevada prevalência e impacto funcional, emocional e socioeconómico. As quedas representam uma das principais causas de morbidade em pessoas idosas ou com défices neurológicos, podendo originar fraturas, perda de autonomia, institucionalização e aumento da mortalidade (Cameron et al., 2018).

No contexto hospitalar, os serviços adotam protocolos específicos de avaliação do risco, como a utilização de escalas validadas, nomeadamente a Escala de Quedas de Morse, e a sinalização adequada dos utentes de risco. A utilização sistemática da Escala de Morse contribui para a identificação precoce de fatores de risco e para a redução da incidência de quedas, sendo recomendada nas boas práticas internacionais de segurança do doente (RNAO, 2017; Sousa et al., 2024). A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação era particularmente relevante na identificação de défices motores, sensoriais e cognitivos que aumentavam a probabilidade de queda, bem como na implementação de treinos específicos de equilíbrio, força e marcha, intervenção amplamente recomendada pelas melhores práticas (RNAO, 2017). A promoção da segurança e a criação de um ambiente terapêutico adequado refletiu-se numa preparação cuidada do ambiente e na adoção sistemática de medidas preventivas, como a remoção de obstáculos, a adequação do calçado e dos auxiliares de marcha e a supervisão contínua dos levantes e treino de marcha. Por exemplo, as pessoas internadas calçavam meias com base antiderrapante ou sapatos fechados para a deambulação ou treino de marcha. Estas estratégias revelaram-se essenciais para minimizar o risco de quedas, um evento adverso com elevado impacto funcional, emocional e socioeconómico, especialmente prevalente em pessoas com défices neurológicos decorrentes de um AVC.

No contexto comunitário a abordagem preventiva assumia contornos mais complexos, uma vez que os fatores de risco se encontram profundamente enraizados no ambiente doméstico. A promoção da segurança adquiriu especial relevância na prevenção de quedas, dadas as alterações motoras, sensoriais e cognitivas frequentemente presentes em pessoas em processo de reabilitação. Para além da identificação das barreiras arquitetónicas existentes, tornou-se fundamental reorganizar o espaço físico de forma a reduzir fatores de risco, como percursos desadequados, mobiliário mal distribuído, tapetes soltos ou desníveis que pudessem comprometer a estabilidade na marcha. A adequação do ambiente incluiu, assim, a redefinição dos trajetos dentro da habitação, a otimização da disposição de móveis para facilitar a mobilidade, a eliminação de obstáculos e a adaptação das rotinas diárias, promovendo maior independência e diminuindo a probabilidade de quedas. A prescrição de produtos

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

de apoio, como barras de segurança, cadeiras de banho, tapetes antiderrapantes ou auxiliares de marcha, e a educação da pessoa e do cuidador constituíram intervenções centrais, alinhadas com as evidências que demonstram que programas multifatoriais são os mais eficazes na redução de quedas no domicílio (Hopewell et al., 2020; RNAO, 2017). Os recursos foram selecionados de acordo com as necessidades funcionais da pessoa e integrados no seu contexto real, respeitando as preferências individuais e promovendo a sua participação ativa nas decisões. A educação para a saúde desempenhou aqui um papel fundamental, capacitando a pessoa para identificar riscos, modificar rotinas e adotar comportamentos seguros, promovendo autonomia e participação ativa no processo de reabilitação.

Outro eixo estruturante da melhoria contínua observado em ambos os contextos foi o reforço das práticas de higienização das mãos, reconhecida como a medida mais eficaz na prevenção da transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde (OMS, 2021). No serviço hospitalar, a adesão aos “Cinco Momentos para Higiene das Mãos” da OMS era monitorizada e reforçada através de auditorias internas, cartazes informativos, disponibilidade de soluções alcoólicas e feedback às equipas. Estas práticas são essenciais num serviço onde muitas das pessoas internadas apresentam dispositivos invasivos, défices cognitivos ou imobilidade, tornando-os mais vulneráveis a infeções (Norma n. 007, 2019). A participação ativa nestas iniciativas permitiu compreender a importância da exemplaridade profissional e da consistência na aplicação das normas, elementos fundamentais para a eficácia das estratégias de controlo de infeção. Em contexto domiciliário, a higienização das mãos assumia particular relevância junto dos cuidadores informais, muitas vezes sem formação prévia nesta área. A educação sobre técnicas adequadas, momentos críticos e utilização correta de soluções antissépticas tornou-se imprescindível para garantir a segurança da pessoa na continuidade dos cuidados, alinhando-se com as recomendações internacionais de capacitação dos cuidadores como estratégia essencial para reduzir infeções no domicílio (ICN, 2021; OMS, 2021). A qualidade e a segurança constituem, simultaneamente, um imperativo ético e profissional, uma vez que implicam garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde, respeitar a dignidade e os direitos da pessoa cuidada e minimizar a ocorrência de danos evitáveis. Neste sentido, a atuação do EEER deve integrar práticas baseadas na melhor evidência, processos de monitorização contínua e estratégias de prevenção de riscos, assegurando que a prestação de cuidados decorre num ambiente seguro, humanizado e orientado para a obtenção de ganhos em saúde efetivos (Pontes & Santos, 2023).

Ao longo dos estágios, tive a oportunidade de participar em eventos científicos dedicados à prática da Enfermagem de Reabilitação, como jornadas, que evidenciaram a crescente relevância do EEER, não só como elemento fundamental das equipas multidisciplinares em contexto hospitalar, mas também

como profissional de referência nos cuidados de proximidade e na intervenção comunitária (Anexo II e Anexo III). Durante o estágio na comunidade, e incentivada pela supervisora do local de estágio, estive presente e participei nas primeiras jornadas do núcleo de reabilitação de uma ULS de Lisboa com a apresentação de um e-póster científico sobre o relato de caso clínico desenvolvido nesse contexto (Anexo III e Apêndice II). Durante o estágio suplementar no serviço de pneumologia, tive igualmente a oportunidade de frequentar um curso de Ventilação Não Invasiva (VNI) (Anexo IV), que contribuiu para o aprofundamento de competências técnicas e clínicas na abordagem à pessoa com insuficiência respiratória. Paralelamente, participei na Semana da DPOC, iniciativa promovida por uma ULS de Lisboa, dedicada ao rastreio e sensibilização para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, permitindo o contacto com estratégias de prevenção, educação para a saúde e intervenção precoce dirigidas à comunidade.

A melhoria contínua da qualidade refletiu-se também na elaboração e apresentação de alguns trabalhos realizados ao longo dos estágios. No estágio de comunidade, elaborei e apresentei uma sessão de educação para a saúde em formato *PowerPoint* intitulada “Corpo Ativo, Mente Saudável: Ficar Parado Não é Opção” (Apêndice III). Esta atividade foi concebida com a finalidade de ser apresentada no encerramento dos programas da academia do movimento, procurando sensibilizar os participantes para a importância da manutenção de um estilo de vida ativo. A apresentação destacou os benefícios do exercício físico regular na promoção da saúde física e mental, sublinhando o seu contributo para a prevenção de declínio funcional, a melhoria do bem-estar psicológico e a preservação da autonomia nas pessoas idosas. A abordagem utilizada foi centrada na pessoa, ajustada às características e capacidades do grupo, e orientada para estimular a motivação intrínseca e a continuidade da prática de atividade física. Paralelamente, e atendendo a uma solicitação da Enfermeira Supervisora responsável pelo projeto, desenvolvi um jogo pedagógico de carácter lúdico designado “Prevenir para não cair” (Apêndice IV). Este jogo foi concebido com o propósito de reforçar, de forma interativa, os conhecimentos dos utentes acerca das estratégias de prevenção de quedas, integrando conteúdos relacionados com a segurança no domicílio, o uso adequado de auxiliares de marcha, a importância do calçado apropriado e a adoção de comportamentos protetores no dia a dia. O carácter educativo desta atividade favoreceu não só a consolidação de aprendizagens, mas também para estimular o envolvimento ativo dos participantes, elemento essencial para a interiorização de comportamentos preventivos e para o fortalecimento da literacia em saúde. Estas iniciativas contribuíram para a criação de um ambiente educativo seguro e inclusivo, potenciando ganhos em saúde e enriquecendo a intervenção comunitária em Enfermagem de Reabilitação. Adicionalmente, constituíram uma oportunidade para desenvolver competências pedagógicas e comunicacionais, reforçando a capacidade de planejar, implementar e avaliar estratégias diferenciadas de promoção da

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

saúde dirigidas a populações específicas. No estágio hospitalar elaborei e apresentei uma sessão de formação em serviço dedicada à temática da neuroavaliação (Apêndice V), com o objetivo de reforçar as competências da equipa de enfermeiros generalistas na abordagem à pessoa com défice neurológico. Esta sessão procurou promover uma prática mais homogénea, segura e baseada na evidência, assegurando que todos os profissionais possuíam conhecimentos consolidados para realizar uma avaliação sistemática e rigorosa das alterações neurológicas, particularmente relevante no serviço de neurologia. A formação visou de forma específica aprofundar o conhecimento sobre os componentes essenciais da neuroavaliação, desde o estado de consciência aos pares cranianos, força muscular, coordenação, sensibilidade e marcha, capacitando os enfermeiros para a identificação precoce de sinais e sintomas neurológicos associados a deterioração clínica, favorecendo uma resposta célere e adequada, alinhada com as melhores práticas. Paralelamente, reforçou-se a importância da uniformização dos procedimentos e dos registos de enfermagem, garantindo maior fiabilidade e continuidade na monitorização da pessoa cuidada. A sessão contribuiu também para reforçar a articulação entre enfermeiros generalistas e o EEER, clarificando quando é necessária a intervenção especializada e de que forma esta pode otimizar a funcionalidade e a segurança da pessoa. Ao sensibilizar a equipa para a relevância da neuroavaliação na definição de prioridades de cuidados e na adaptação das intervenções de enfermagem, esta formação promoveu uma prática mais consciente, crítica e orientada para a prevenção de complicações.

Os registos de enfermagem, tal como refere Pestana (2023), devem ser sistematizados, completos e rigorosos. Segundo a mesma autora, constituem um pilar fundamental da prática em ER, na medida em que sustentam a tomada de decisão e permitem documentar de forma objetiva as intervenções realizadas, a evolução funcional e os resultados sensíveis aos cuidados especializados, conferindo maior visibilidade e legitimidade aos ganhos em saúde decorrentes da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação. Simultaneamente, constituem um instrumento essencial para garantir a continuidade de cuidados, facilitando a articulação entre profissionais e níveis de prestação. Desta forma, o registo rigoroso não só traduz a qualidade dos cuidados prestados, como contribui para a consolidação da identidade profissional e para a melhoria contínua da prática baseada na evidência (Pestana, 2023). No decorrer de ambos os estágios, registei todas as intervenções realizadas de forma estruturada, em linguagem CIPE®, no sistema SClínico®, garantindo uma documentação clara, rigorosa e uniformizada da prática. Através destes registos, foi possível elaborar diagnósticos de enfermagem e descrever de forma estruturada as intervenções especializadas do EEER, conferindo maior precisão à tomada de decisão clínica. Esta abordagem padronizada, fundamentada na evidência científica, revelou-se essencial para assegurar a continuidade de cuidados entre profissionais e contextos de cuidados, promovendo simultaneamente a segurança, a qualidade e a eficácia da intervenção em ER.

Estes trabalhos, ancorados em situações reais de prática clínica em Neurologia e no contexto comunitário, constituíram oportunidades para aprofundar de forma sistemática o conhecimento sobre as temáticas abordadas, mobilizar evidência científica atualizada e articular o raciocínio clínico com a reflexão crítica. A partilha destes trabalhos com as equipas permitiu gerar momentos de aprendizagem conjunta, favorecendo a atualização de práticas, a clarificação de intervenções e a consolidação de estratégias que potenciam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, contribuíram não apenas para o meu desenvolvimento académico e profissional, mas também para a qualificação das práticas nos contextos onde foram apresentados, de forma a garantir a continuidade dos cuidados especializados. A participação em momentos de reflexão em equipa, a análise de indicadores clínicos e a adequação das intervenções às respostas humanas e necessidades reais da pessoa constituíram oportunidades relevantes para a consolidação de uma prática sustentada na qualidade, segurança e efetividade dos cuidados.

No decorrer das atividades de melhoria contínua, foi também organizado um *kit* terapêutico de reabilitação neurológica (Apêndice VI), destinado à reabilitação da pessoa com défices cognitivos, sensitivos e motores, com o objetivo de estruturar intervenções mais consistentes, personalizadas e orientadas para ganhos em saúde. Este kit incluiu materiais para estimulação cognitiva (memória visual e tarefas de atenção), materiais para estimulação sensitiva (tapetes de diferentes texturas), instrumentos para treino motor (bolas de diferentes texturas, elásticos de resistência, objetos para preensão e coordenação) e recursos para trabalhar a motricidade fina (pinças, bases para manipulação, objetos de encaixe e fechos). A sua implementação permitirá treinar a discriminação tátil e a propriocepção, assim como dinamizar sessões mais direcionadas, reforçar a participação ativa da pessoa e monitorizar de forma objetiva a sua evolução. A criação deste kit emergiu da necessidade identificada durante a prática clínica de suprir a escassez de materiais específicos destinados ao treino cognitivo, sensorial e motor, nomeadamente no âmbito da motricidade fina. No serviço de internamento, verificava-se que, perante pessoas com défices na destreza manual e na função de preensão, a intervenção se limitava frequentemente à utilização de recursos improvisados, como berlindes de diferentes tamanhos e uma caixa com um orifício, que permitiam exercitar a função de pinça através da introdução dos berlindes na caixa. Embora funcional, este material era insuficiente para proporcionar um treino estruturado, progressivo e adaptado às necessidades individuais de cada pessoa. Para intensificar a complexidade das tarefas, eram também utilizados clips de vários tamanhos, criando resistência adicional e exigindo maior precisão e força digital. No entanto, estes materiais, apesar de úteis, não permitiam uma estimulação multissensorial abrangente, nem contemplavam exercícios que integrassem componentes cognitivas, perceptoras, propriocetivas ou de integração sensoriomotora, essenciais na reabilitação de pessoas com défices neurológicos. A partir

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

destas lacunas, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver um kit mais completo e sistematizado, constituído por materiais diversificados que possibilitassem o treino sequencial e graduado das funções cognitivas, sensitivas e motoras. Este kit passou a incluir objetos de diferentes texturas e resistências; dispositivos para treino de coordenação sensitivo-motora; suportes para atividades de discriminação táctil; elementos para estimulação bilateral; e instrumentos específicos para reforço da destreza, precisão e força dos dedos. Esta abordagem permite estruturar intervenções mais direcionadas e individualizadas, potenciando a neuroplasticidade e promovendo ganhos funcionais mais robustos.

Todas estas atividades contribuíram significativamente para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEER, fortalecendo a capacidade de integrar a prática, a evidência e a reflexão crítica num exercício profissional orientado para a qualidade e a segurança da pessoa.

Gestão dos Cuidados

O domínio da **gestão dos cuidados**, enfatiza a capacidade do EEER para gerir, coordenar e articular cuidados, assegurando a segurança, a eficácia das intervenções e a otimização dos recursos humanos e materiais disponíveis (Regulamento n.º 140/2019). A literatura recente reforça que a gestão eficaz dos cuidados e a liderança clínica são determinantes para a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados (Pestana, 2023; Ramos et al., 2024; Xue et al., 2025).

Durante o estágio hospitalar, esta competência foi evidente na necessidade de tomar decisões num contexto de elevada complexidade, especialmente nos primeiros dias de internamento, quando são frequentes flutuações neurológicas, risco de deterioração súbita e necessidade de intervenções de reabilitação precoces. A capacidade de tomar decisões clínicas exigentes, de forma responsável e independente, constitui um elemento central na valorização da profissão de enfermagem. A autonomia profissional, entendida como a competência para analisar criticamente cada situação, concretiza-se quando o enfermeiro dispõe de condições para analisar, decidir e intervir com fundamento, assumindo igualmente a responsabilidade pelas escolhas realizadas e pelos resultados decorrentes da sua atuação, e traduz-se na prática na organização criteriosa dos cuidados e na priorização das pessoas que mais beneficiam de uma intervenção especializada atempada. Assim, a tomada de decisão autónoma não só reforça a identidade profissional, como também contribui para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Lourenço et al., 2022; Nunes, 2024). Neste contexto, a tomada de decisão funciona como um eixo orientador para a definição diária de prioridades. Assim, no início de cada turno procedia-se à identificação das pessoas com maior potencial de recuperação funcional, maior risco de deterioração ou necessidades de reabilitação mais urgentes. Este processo

implicava uma análise sistemática de vários fatores, tais como: estado neurológico, estabilidade hemodinâmica, risco de complicações, capacidade de colaboração, o potencial de recuperação funcional e a autonomia prévia. Esta priorização encontra fundamento nas recomendações internacionais para a reabilitação pós-AVC, que defendem intervenções precoces, direcionadas e adequadas às necessidades individuais (ESO, 2024). O objetivo consistia em prevenir complicações decorrentes da imobilidade, como rigidez articular, atrofia muscular ou comprometimento respiratório, bem como iniciar precocemente estratégias de ativação funcional, em linha com a evidência que demonstra que a mobilização precoce e segura está associada a melhores desfechos (ESO, 2024). Também eram priorizadas as pessoas que se encontravam em fase de preparação para a alta hospitalar, onde a intervenção do EEER se revelava essencial para assegurar uma transição segura e a continuidade dos cuidados. Nestes casos, os cuidados centravam-se no treino de transferências, marcha, equilíbrio, autocuidado, comunicação, estratégias de compensação e ensino à pessoa e família, garantindo que a alta ocorria com o maior nível possível de autonomia e autoconfiança (Meleis, 2010). Importa salientar que este processo de priorização não significava descuidar as restantes pessoas internadas, mas sim otimizar o tempo e os recursos, garantindo que os cuidados especializados incidiam onde tinham maior impacto clínico, como recomendado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015). Sempre que possível, eram realizadas intervenções de menor duração com outras pessoas, assegurando monitorização e prevenção de complicações. Deste modo, a tomada de decisão permitiu estruturar a prática de forma ética, segura e eficiente, garantindo que os cuidados de reabilitação eram dirigidos às pessoas com maior benefício potencial, sem comprometer a qualidade global dos cuidados prestados. Assim, procedeu-se ao reajustamento da distribuição de cuidados na equipa, articulando com os enfermeiros generalistas e com os restantes profissionais envolvidos, de modo a assegurar que a intervenção fosse realizada com a maior brevidade e segurança possíveis. Esta situação ilustra de forma clara como a liderança do EEER é fundamental na priorização de cuidados e na organização da equipa. Demonstra igualmente a importância da tomada de decisão fundamentada, da leitura rápida do contexto e da capacidade de mobilizar recursos para garantir uma resposta eficaz e alinhada com as melhores práticas de cuidados.

No contexto comunitário, as reuniões formais e informais da equipa interdisciplinar funcionaram como espaços privilegiados de raciocínio conjunto, favorecendo intervenções mais seguras e alinhadas com as necessidades reais da pessoa. Nas reuniões da ECCL, para além da discussão clínica dos casos, era necessário identificar recursos disponíveis na comunidade, como serviços de fisioterapia, apoio social, unidades da RNCCI ou programas municipais, e orientar a pessoa ou o cuidador para esses recursos, sempre que necessário. Estas decisões exigiam uma análise multidimensional: estado funcional, necessidades sociais, rede de suporte informal, condições habitacionais e capacidade de adesão ao

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

plano terapêutico. Quando, por exemplo, se acompanhava uma pessoa com dependência significativa e o cuidador deixava de estar disponível por motivos de exaustão, a equipa discutia a necessidade de ativar mecanismos de apoio social, articular com o serviço social da unidade ou ponderar a referenciação para unidades de internamento da RNCCI. Noutras situações, como no caso de um jovem com patologia crónica, acompanhado no domicílio, as reuniões eram fundamentais para decidir sobre orientações técnicas aos cuidadores, necessidades de adaptação do ambiente e eventual articulação com terapeutas de outras áreas. Assim, tanto no hospital como na comunidade, a tomada de decisão ganha profundidade e eficácia quando articulada com processos estruturados de comunicação e cooperação interdisciplinar (Udensi et al., 2025). O EEER, ao intervir como elemento facilitador e integrador, contribui para decisões mais seguras, mais fundamentadas e mais centradas na pessoa, reforçando a qualidade dos cuidados em todo o continuum terapêutico.

Neste domínio observou-se uma evolução significativa na capacidade de organização, planeamento e priorização das intervenções, bem como na articulação entre cuidados, recursos disponíveis e continuidade dos cuidados. O contacto com a complexidade dos contextos clínicos evidenciou a importância da gestão do tempo, da coordenação com outros profissionais e da adaptação às dinâmicas institucionais, sendo estas competências fundamentais para garantir respostas eficazes, seguras e individualizadas. Durante a prática dos cuidados, no serviço de internamento de Neurologia, tornou-se evidente a necessidade de estabelecer prioridades na prestação de cuidados de ER, uma vez que nem sempre era possível intervir de forma intensiva com todas as pessoas. As limitações associadas ao número de profissionais de enfermagem e à complexidade clínica das pessoas exigiam uma gestão criteriosa dos recursos, em consonância com os princípios da gestão dos cuidados definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º140/2019).

Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No que respeita ao **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, este constituiu um eixo estruturante do meu percurso formativo, refletindo o compromisso contínuo com o autoconhecimento, a reflexão crítica e a aquisição de competências avançadas essenciais ao exercício futuro enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Este domínio enfatiza a capacidade do enfermeiro para identificar as próprias necessidades formativas, reconhecer o impacto da sua atuação nas relações terapêuticas e interprofissionais e assumir uma postura de aprendizagem ao longo da vida, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. É considerado por Barata et al. (2023) um processo essencial para a consolidação das competências do enfermeiro, na medida em que integra o conhecimento teórico com a prática clínica e promove uma evolução contínua no saber-ser, saber-estar, saber-fazer e saber-estar-com. Esta articulação entre

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

teoria e prática potencia uma atuação mais consciente, fundamentada e humanizada, contribuindo para a prestação de cuidados especializados de elevada qualidade.

Desde o início dos estágios, procurei observar de forma sistemática as dinâmicas dos serviços, o funcionamento das equipas e as especificidades dos contextos, integrando os conhecimentos adquiridos com uma análise crítica das situações de prática. Esta atitude de abertura, questionamento e curiosidade permitiu-me reconhecer oportunidades de aprendizagem para além dos casos que me eram atribuídos, enriquecendo o meu desenvolvimento clínico e científico. Em ambos os contextos foram surgindo momentos espontâneos de partilha com os enfermeiros, que se revelaram fundamentais para o aprofundamento de temas relevantes para a prática. A prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação ao longo dos estágios hospitalar e comunitário exigiu uma prática suportada na avaliação rigorosa, na pesquisa contínua e na capacidade de adaptar a intervenção às necessidades concretas de cada pessoa e respetivo contexto de vida. Foi a partir desta integração entre conhecimento teórico, evidência científica e prática clínica que emergiu a construção dos relatos de caso clínico, que integram este relatório. No contexto hospitalar, o acompanhamento de uma pessoa internada após AVC implicou a observação sistemática da evolução clínica desde o momento da admissão, permitindo identificar precocemente alterações neurológicas e potenciais complicações, nomeadamente respiratórias, motoras e da deglutição. A utilização de instrumentos de avaliação específicos, associada à criação de uma relação terapêutica de confiança, facilitou o planeamento de intervenções centradas na pessoa e família, estruturadas e orientadas para a obtenção de ganhos em saúde. Este percurso deu origem ao relato de caso clínico desenvolvido neste contexto (Apêndice VII), e evidencia a relevância da intervenção especializada na recuperação neurológica, funcional e na prevenção de complicações associadas ao AVC. Já no contexto comunitário, a prática evidenciou a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a intervenção da Enfermagem de Reabilitação em situações que exigem preparação funcional e capacitação prévia a procedimentos cirúrgicos. Acompanhei uma pessoa em fase pré-operatória, cuja condição clínica e padrões de funcionalidade justificaram a implementação de um programa estruturado de pré-habilitação, com o objetivo de otimizar a sua capacidade física, respiratória e funcional antes da cirurgia. A literatura realça que a pré-habilitação contribui para reduzir complicações, melhorar a reserva funcional e acelerar a recuperação pós-operatória, sobretudo quando desenvolvida em ambiente domiciliário e com o envolvimento ativo da pessoa e da família (Punnoose et al., 2023; Sadlonova et al., 2023). Esta intervenção foi aprofundada e documentada num relato de caso clínico (Apêndice VIII), que permitiu explorar a importância da reabilitação antes da cirurgia e demonstrou ganhos expressivos ao nível da preparação funcional, do envolvimento da pessoa no seu processo de saúde e da melhoria da qualidade de vida. A elaboração dos relatos de caso exigiu um exercício rigoroso de integração entre

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

teoria e prática, mobilizando a capacidade de selecionar informação pertinente, analisar criticamente a evolução clínica da pessoa e fundamentar cada intervenção nas melhores evidências disponíveis. Este processo permitiu-me desenvolver competências de síntese, organização e validação de informação, essenciais à prática avançada em Enfermagem de Reabilitação. Estas competências são particularmente relevantes para o EEER, que se assume como facilitador da aprendizagem e de dinamizador de mudanças nas equipas, exigindo a aptidão para comunicar intervenções, justificar opções terapêuticas e apoiar a tomada de decisão partilhada.

As orientações dos supervisores clínicos ao longo do percurso formativo, foram igualmente determinantes para consolidar aprendizagens. A partir destas orientações emergiam questões, que exigiam aprofundamento teórico, levando-me a realizar pesquisa autónoma sobre temas essenciais à reabilitação em referências bibliográficas recentes e fidedignas, como artigos científicos, livros de referência, websites específicos. Esta pesquisa permitiu-me fundamentar melhor as intervenções realizadas e integra-se na responsabilidade ética do EEER de sustentar a sua prática em conhecimento atualizado e válido, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019).

Uma das aprendizagens mais marcantes ao longo dos estágios foi a importância da mobilização precoce, quer da pessoa com AVC como da pessoa com patologia respiratória ou no pós-operatório de uma cirurgia ortopédica. Independentemente da condição, a evidência científica demonstra de forma consistente que a mobilização precoce, realizada de forma segura e ajustada à estabilidade clínica, reduz complicações associadas à imobilidade, como rigidez articular, perda de massa muscular, compromisso respiratório e risco tromboembólico, e potencia a recuperação funcional (Gonçalves et al., 2020). Neste sentido, o percurso de estágio promoveu a consolidação de uma atitude crítica, reflexiva e científica face à prática. A reflexão crítica sobre todo o processo assumiu um papel central, pois é através dela que se identificam áreas de melhoria, se consolidam aprendizagens e se ajustam intervenções, promovendo cuidados mais eficazes e resultados superiores para a pessoa alvo de cuidados (Barata, 2023). A capacidade de autoavaliação, a identificação de necessidades formativas e a procura ativa de atualização científica permitiram fortalecer uma postura de aprendizagem ao longo da vida, essencial ao exercício profissional especializado. A consolidação das minhas competências enquanto futura EEER resultou de um processo contínuo de aprendizagem apoiado pela orientação docente, pelos supervisores de estágio e pelos enfermeiros das equipas onde estive integrada. Os diferentes momentos de interação profissional revelaram-se fundamentais para este desenvolvimento, como as passagens de turno no contexto hospitalar, os diálogos informais que surgiam após as visitas domiciliárias na ECCI e as conversas espontâneas durante os trajetos entre domicílios.

5.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

As Competências Específicas do EEER constituem o núcleo diferenciador da prática especializada, orientando a intervenção para a promoção da funcionalidade, da autonomia, da participação e da qualidade de vida da pessoa ao longo do ciclo vital. Este domínio integra um conjunto de capacidades clínicas, técnicas, relacionais e pedagógicas que permitem ao EEER avaliar de forma abrangente, planejar de modo individualizado, implementar intervenções terapêuticas especializadas e monitorizar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Estas competências, descritas no Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, sustentam uma prática baseada na evidência, na análise crítica e na tomada de decisão fundamentada, respondendo de forma eficaz às necessidades complexas da pessoa, família e comunidade. Neste sentido, o EEER assume a responsabilidade de cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, nos diversos contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção social e exercício da cidadania, e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa. O exercício do EEER exige, assim, a integração de conhecimentos especializados nas dimensões cardiorrespiratória, neuromuscular, sensitiva, cognitiva e funcional, bem como a capacidade de capacitar a pessoa e o cuidador, promover ambientes seguros e facilitar transições ao longo do percurso de saúde-doença.

Neste subcapítulo, procede-se a uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências específicas ao longo do percurso de estágio, evidenciando como as experiências vivenciadas, em contexto hospitalar e comunitário, contribuíram para a consolidação destas competências e para a construção de uma prática autónoma, segura e sustentada na melhor evidência científica disponível.

Competência J1: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

No decurso dos contextos de estágio, esta competência revelou-se estruturante para a compreensão da intervenção do EEER, uma vez que implica uma abordagem integrada e centrada na funcionalidade, autonomia e participação da pessoa ao longo do ciclo vital, e exigiu a avaliação sistemática das respostas humanas e necessidades da pessoa com limitação da atividade ou restrição da participação, assim como o planeamento e implementação de planos de cuidados personalizados, construídos em parceria com a pessoa e orientados para as suas respostas humanas, necessidades, objetivos e preferências. Conforme estabelecido no Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho, o EEER tem como função reconhecer situações de dependência que comprometem a realização autónoma das AVD,

determinando a necessidade de cuidados especializados. Com base nessa identificação, desenvolve e concretiza planos de intervenção individualizados, cuja avaliação contínua visa potenciar a funcionalidade, favorecer a inclusão na comunidade e contribuir para ganhos efetivos na qualidade de vida.

No domínio da avaliação da funcionalidade, esta pressupõe uma abordagem multidimensional, na colheita de dados, que integra não só as componentes motoras, respiratórias, cognitivas e psicossociais, como também a eliminação, a alimentação e a sexualidade, recorrendo a instrumentos de medida capazes de determinar o grau de dependência da pessoa no desempenho das AVD e sustentar diagnósticos de enfermagem adequados (Santos, 2023).

No contexto hospitalar, nomeadamente em neurologia e pneumologia, a intervenção do EEER iniciou-se com uma avaliação abrangente e sistematizada da funcionalidade, integrando dimensões essenciais como mobilidade, força muscular, equilíbrio, coordenação, deglutição, comunicação, cognição, respiração, eliminação e desempenho nas AVD. Esta abordagem permitiu identificar precocemente alterações funcionais, reconhecer necessidades prioritárias de intervenção e estabelecer objetivos terapêuticos ajustados à condição clínica, ao contexto de vida e ao potencial de recuperação da pessoa. Revelou-se, igualmente, essencial avaliar o nível de dependência prévio da pessoa na realização das AVD, bem como compreender a perceção do próprio e da família ou cuidador informal relativamente às limitações existentes e ao impacto destas nos papéis familiares e na participação social. Para sustentar a avaliação, foram mobilizados instrumentos validados e adequados à população portuguesa, designadamente o Índice de *Barthel*, *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Escala Medical Research Council* (MRC), *Escala de Equilíbrio de Berg*, *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), *Escala de Coma de Glasgow*, *Escala de Ashworth Modificada*, *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), a *Escala de Borg* e a *Escala Visual Analógica* (EVA) (Ação AVC, 2025; OE, 2016; Pereira, 2014). A aplicação destes instrumentos possibilitou uma caracterização objetiva do estado funcional, constituindo um suporte relevante para o diagnóstico de enfermagem de reabilitação e para a definição de planos de cuidados individualizados. A escolha dos instrumentos de avaliação deve assegurar que estes apresentam validade para a função a analisar e níveis adequados de fiabilidade, garantindo consistência e rigor nos resultados obtidos. Simultaneamente, é fundamental que possuam sensibilidade suficiente para identificar alterações significativas, possibilitando um acompanhamento preciso da evolução funcional da pessoa ao longo do processo de reabilitação (Sousa et al., 2023).

No serviço de neurologia, a avaliação funcional evidenciou a natureza multifatorial das limitações decorrentes do evento neurológico, integrando principalmente alterações motoras, cognitivas, sensoriais e emocionais, que condicionavam a independência, a autonomia e a participação da pessoa.

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

A avaliação neurológica realizada através do exame sistematizado dos pares cranianos constituiu um elemento fundamental para identificar alterações sensoriais e motoras decorrentes do AVC e orientar a intervenção em Enfermagem de Reabilitação. A observação de assimetrias faciais, alterações da motricidade ocular, défices de deglutição, alterações da fala ou da sensibilidade facial permitiu compreender a extensão do compromisso neurológico e antecipar potenciais riscos, como disfagia, dificuldades comunicacionais ou alterações do equilíbrio. Por se tratar de uma avaliação estruturada, contribuiu igualmente para uma comunicação mais objetiva com a equipa multidisciplinar e para a monitorização da evolução clínica ao longo do internamento. Numa fase inicial, senti necessidade de consolidar conhecimentos e desenvolver maior confiança e consistência na execução desta avaliação, mas com o apoio incondicional do enfermeiro supervisor e a prática, fui integrando progressivamente esta avaliação no meu raciocínio clínico, o que possibilitou uma deteção mais precoce de alterações relevantes e uma melhor definição das prioridades de intervenção em Enfermagem de Reabilitação, contribuindo para cuidados mais direcionados, seguros e centrados na pessoa.

A utilização de instrumentos de avaliação, como os referidos, permitiu a apreciação rigorosa e estruturada da condição de saúde da pessoa e identificar níveis de dependência, respostas humanas alteradas e potenciais de recuperação, sustentando a definição de objetivos terapêuticos realistas e a elaboração de planos de cuidados individualizados. Para estruturar o plano de cuidados recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2015 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016), em articulação com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015). Este enquadramento permitiu sustentar uma prática padronizada, baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Importa salientar que a reabilitação após AVC deve ser iniciada, sempre que clinicamente possível, nas primeiras 48 a 72 horas, período em que a plasticidade cerebral é mais expressiva, embora se reconheça que a possibilidade de recuperação funcional se prolonga ao longo do tempo, permitindo melhorias mesmo em fases posteriores do processo de reabilitação (Menoita, 2012). Com base nos dados obtidos, foram implementadas intervenções direcionadas para a recuperação da mobilidade, promoção do autocuidado e prevenção de complicações, nomeadamente exercícios de mobilização passiva, ativo-assistida e ativo-resistida, posicionamento anti-espástico, atividades terapêuticas, como treino de rolamento e ponte, transferências, treino de sedestação e ortostatismo progressivo, e posteriormente treino de marcha com apoio de auxiliares de marcha, como o andarilho. O treino de equilíbrio e controlo postural foi desenvolvido através da realização gradual de atividades em sedestação e bipedestação, integrando tarefas funcionais que estimulavam a simetria corporal e a ativação do hemicorpo afetado, como a facilitação cruzada. Paralelamente, foram realizadas atividades de treino da motricidade fina, Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

recorrendo a materiais simples e funcionais, como pinças, objetos de diferentes dimensões e superfícies manipuláveis, com o objetivo de estimular a função preensora e a coordenação. A intervenção integrou ainda o treino das AVD, essencial para a recuperação da funcionalidade. Foram desenvolvidas atividades de autocuidado, como higiene pessoal, alimentação, vestir e despir e utilização de utensílios adaptados, promovendo a participação ativa da pessoa e a utilização do membro afetado sempre que possível. Este treino foi realizado de forma gradual e contextualizada, tendo em conta as capacidades da pessoa, privilegiando estratégias compensatórias quando necessário, de modo a potenciar a independência funcional e a confiança na execução das tarefas (Santos et al., 2020).

A avaliação cognitiva e emocional revelou-se igualmente determinante, na medida em que alterações da atenção, memória, linguagem ou humor interferiam de forma significativa na adesão ao programa de reabilitação e no processo de adaptação à nova condição de saúde. Neste âmbito, foram desenvolvidas estratégias de estimulação cognitiva simples e contextualizadas, como tarefas de orientação temporal e espacial, exercícios de memória e atividades que promoviam a atenção sustentada durante o treino motor. Os momentos de ensino dirigidos à pessoa e à família centraram-se na importância do posicionamento adequado, na prevenção de complicações associadas à imobilidade, na facilitação do envolvimento do membro afetado nas atividades do dia a dia e na continuidade dos exercícios fora dos momentos formais de intervenção. A capacitação dos cuidadores incluiu demonstração prática e treino supervisionado de técnicas de mobilização, posicionamento e apoio às transferências, promovendo maior segurança e confiança na prestação de cuidados. Este conjunto de intervenções permitiu não só promover ganhos ao nível da mobilidade, do controlo postural e da participação nas AVD, como também reforçar a motivação e o envolvimento da pessoa no processo de reabilitação, evidenciando a importância de uma abordagem integrada e centrada na pessoa no contexto da Enfermagem de Reabilitação.

No serviço de pneumologia tive a oportunidade de implementar intervenções de reeducação funcional respiratória, em pessoas com patologia respiratória crónica e agudizada, com enfoque na otimização do padrão ventilatório e na gestão eficaz dos sintomas, assim como realizar ensino e treino supervisionado da utilização adequada dos dispositivos respiratórios e inalatórios, bem como da execução de técnicas ventilatória eficazes, procurando garantir a correta execução das técnicas, promover a adesão terapêutica e otimizar a função respiratória. Estas intervenções contribuíram para a redução da perceção de dispneia, melhoria da tolerância ao esforço e aumento da confiança da pessoa na gestão dos sintomas, sugerindo ganhos funcionais e maior participação da pessoa nas AVD e no processo de reabilitação. Adicionalmente, observou-se um incremento da literacia em saúde e da

capacidade da pessoa para reconhecer sinais de agravamento, contribuindo para uma gestão mais segura da doença e para a prevenção de exacerbações. Um estudo recente demonstra que a avaliação precoce e estruturada da capacidade funcional em doentes respiratórios contribui para melhores resultados, redução de complicações e melhoria da qualidade de vida (Coelho et al., 2025).

No contexto comunitário, a avaliação da pessoa no domicílio permitiu identificar, de forma mais realista, fatores facilitadores e constrangimentos à funcionalidade, como a organização do espaço habitacional, a existência de barreiras arquitetônicas, a disponibilidade e capacitação do cuidador informal e o acesso a recursos da comunidade. Esta análise contextual sustentou a implementação de intervenções direcionadas para a promoção da independência, da autonomia e da segurança, incluindo o treino funcional de AVD, o treino de transferências, a utilização segura de auxiliares de marcha, estratégias de conservação de energia, técnicas de reeducação respiratória e a reorganização das rotinas domésticas. Paralelamente, foram desenvolvidos exercícios de mobilização global, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular adaptados aos recursos disponíveis. A intervenção incluiu igualmente momentos de ensino e treino dirigidos à pessoa e ao cuidador, centrados na prevenção de quedas, posicionamento adequado, estratégias de conservação de energia, adaptação do ambiente e utilização correta de produtos de apoio, promovendo maior segurança e confiança na execução das tarefas. A dimensão psicossocial assumiu particular relevância, sendo identificadas respostas emocionais desajustadas, sentimentos de insegurança e dificuldades de adaptação à nova condição de saúde. Neste sentido, foram promovidos momentos de escuta ativa, reforço positivo e incentivo à participação em atividades significativas, favorecendo a autoestima e o envolvimento no processo de reabilitação. Assim, a avaliação e intervenção não se restringiram ao desempenho funcional, integrando a percepção de qualidade de vida, bem-estar e participação social.

Competência J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

A capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação integra o núcleo de competências do EEER, orientando a sua intervenção para a promoção da autonomia e da independência funcional. Neste âmbito, o cuidado centra-se na facilitação do desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária e no estímulo à participação ativa nos diferentes contextos sociais, contribuindo para uma melhor percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, o que adquire particular relevância nos processos de transição, período em que a pessoa enfrenta desafios de adaptação às alterações funcionais e necessita de suporte especializado, que favoreça a reorganização do quotidiano e na integração da nova condição de saúde no seu percurso de vida (Sousa et al., 2020). A intervenção incidiu na capacitação da pessoa e da sua família ou cuidador

Marta Andrade | março 2026 | Atlântica

informal, através da implementação de planos de cuidados individualizados e ajustados às respostas humanas e necessidades identificadas, como o objetivo de promover o autocuidado, a recuperação, a readaptação e o autocontrole, apoiando os processos de transição e capacitando-os para a reintegração na via social (Pestana, 2023).

A vivência dos diferentes contextos de estágio permitiu-me reconhecer que a capacitação da pessoa e da família ou cuidador informal não surge como um momento isolado da intervenção do EEER, mas como um processo contínuo, dinâmico, que se constrói ao longo de todo o percurso de cuidados. Esta compreensão foi-se consolidando à medida que me confrontei com pessoas que, perante limitações funcionais ou sintomáticas, revelavam insegurança, medo de se movimentar ou dificuldade em integrar recomendações terapêuticas na sua rotina diária. Assim, a prática levou-me a perceber que a promoção da autonomia exige mais do que a recuperação de funções; implica favorecer a confiança, a compreensão da condição de saúde e a capacidade de adaptação às exigências do dia a dia.

A capacitação emergiu, assim, como eixo estruturante da intervenção da enfermagem de reabilitação, em que o treino das AVD, a promoção da mobilização precoce e o incentivo à participação ativa nas tarefas do dia a dia constituíram intervenções fundamentais, apoiadas na evidência que demonstra que a reabilitação iniciada precocemente e realizada de forma intensiva está associada a melhores ganhos funcionais e a níveis superiores de independência após AVC (Gonçalves et al., 2020). O treino de AVD constitui uma das principais intervenções do EEER, na medida em que favorece a otimização da funcionalidade e da qualidade de vida, mediante a implementação de estratégias compensatórias e de produtos de apoio (Vigia et al., 2023). Contudo, a prática levou-me a compreender que a capacitação não se restringe ao domínio motor, integrando dimensões cognitivas, emocionais e motivacionais. A presença de afasia, défices cognitivos ou alterações da perceção corporal exigiu adaptações na comunicação e no processo de ensino, recorrendo à repetição, demonstração e validação contínua das aprendizagens, numa lógica de cuidado centrado na pessoa. A relação terapêutica e o reforço positivo revelaram-se elementos essenciais para sustentar a motivação e a autoconfiança da pessoa, aspetos reconhecidos como determinantes para a adesão ao programa de reabilitação e para a perceção de autoeficácia. Neste sentido, a capacitação foi operacionalizada como um processo de empoderamento, no qual a pessoa é encorajada a compreender a sua condição, a reconhecer progressos e a assumir um papel ativo na definição de objetivos terapêuticos, favorecendo a reconstrução da identidade e da participação social. Foram implementadas intervenções educativas, que promoveram a aquisição de conhecimentos, o treino de habilidades e o fortalecimento da autoconfiança da pessoa e da família. A intervenção centrada nos focos conhecimento e aprendizagem de capacidades promove o empoderamento da pessoa, favorecendo a tomada de decisão, o desenvolvimento de competências e

a confiança para enfrentar os desafios associados aos processos de transição (Sousa et al., 2020). Embora a neurologia tenha constituído o foco da aprendizagem, os restantes contextos contribuíram para ampliar a compreensão desta competência. No serviço de pneumologia, a capacitação refletiu-se sobretudo na promoção da autogestão da doença respiratória crónica, através do ensino de estratégias de controlo da dispneia, conservação de energia e adaptação das atividades ao nível de tolerância ao esforço. Esta experiência permitiu-me reconhecer paralelismos com a neurologia, nomeadamente na importância de aumentar a perceção de controlo da pessoa sobre os sintomas e de reforçar a confiança na realização das atividades. Já no contexto comunitário, a capacitação ganhou expressão no domicílio da pessoa, principalmente em situações de pós-operatório de cirurgia ortopédica, onde se evidenciaram barreiras arquitetónicas e recursos limitados, que condicionavam a funcionalidade. A realização de visitas domiciliárias possibilitou a identificação de obstáculos à mobilidade e ao desempenho das AVD, permitindo a implementação de estratégias adaptativas, que favoreceram a inclusão e participação social, e a prescrição de produtos de apoio, com o intuito de promover a autonomia e independência da pessoa, reforçando a relevância do EEER como facilitador da adaptação e da continuidade de cuidados (Pereira et al., 2024). Em todos os contextos de estágio desenvolvi intervenções de educação para a saúde, orientadas para a utilização adequada de produtos de apoio, como andarilhos, tripés e cadeira de rodas, com o objetivo de otimizar a mobilidade, contribuindo, desta forma, para o aumento do bem-estar e da satisfação das pessoas acompanhadas e a participação ativa nos contextos sociais.

A capacitação do cuidador surgiu, igualmente, como dimensão central do cuidar, sobretudo nas situações de dependência funcional decorrentes de AVC e de doença crónica. De acordo com Petronilho et al. (2021), quando existe incapacidade, temporária ou permanente, para o autocuidado, a intervenção de enfermagem orienta-se para a capacitação dos cuidadores, promovendo a aquisição de conhecimentos e competências que lhes permitam dar resposta adequada e segura às necessidades da pessoa dependente. O envolvimento do cuidador ao longo do programa de reabilitação, através do ensino, treino e suporte emocional, permitiu desenvolver competências para a prestação de cuidados seguros, reduzir a ansiedade associada ao novo papel e favorecer a continuidade de cuidados no domicílio. Paralelamente, tornou-se evidente a necessidade de cuidar do cuidador, promovendo estratégias de autocuidado e orientando para recursos comunitários que minimizem a sobrecarga e sustentem o exercício deste papel. A preparação para a alta, centrada na educação terapêutica, no treino funcional e na adaptação do ambiente, revelou-se determinante para prevenir complicações, reduzir reinternamentos e garantir a continuidade do processo de reabilitação. Esta experiência permitiu-me reconhecer o EEER como elemento de ligação entre níveis de cuidados, facilitando a comunicação interprofissional e a mobilização de recursos formais e informais.

Competência J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A promoção da funcionalidade revelou-se um eixo central da intervenção do EEER ao longo dos estágios, sendo operacionalizada através da implementação de intervenções individualizadas, definidas com a pessoa, e ajustadas ao potencial de reconstrução da autonomia, às respostas humanas e necessidades da mesma, orientadas para a maximização das suas capacidades funcionais. No contexto de neurologia, especialmente no cuidado à pessoa com AVC, a maximização da funcionalidade iniciou-se precocemente, através da mobilização precoce e do treino de AVD, com impacto na prevenção de complicações e na recuperação funcional. A adaptação de estratégias às alterações motoras, cognitivas e sensoriais evidenciou a natureza multidimensional da funcionalidade e a sua relação com a autonomia e participação da pessoa. Já em pneumologia, esta competência articulou-se com a reabilitação respiratória e o treino de exercício, integrando o ensino, a instrução e o treino de técnicas de controlo da dispneia e planos personalizados que promoveram a tolerância ao esforço e a capacidade cardiorrespiratória, contribuindo para maior autonomia nas atividades do dia a dia e participação no processo de reabilitação. Na comunidade a implementação de programas de exercício personalizado, incluindo a atividade física, permitiu melhorar o desempenho motor e respiratório, potenciar a tolerância ao esforço e capacitar a pessoa para a adoção de estilos de vida saudáveis, reconhecendo o exercício físico como uma intervenção fundamental e frequentemente coadjuvante terapêutica no alcance dos objetivos da reabilitação (A. Novo et al., 2021). De acordo com Cruz et al. (2025), a prática de atividade física e exercício físico encontra-se consistentemente associada a múltiplos benefícios para a saúde, destacando-se a redução significativa da mortalidade por todas as causas, que pode atingir cerca de 30%, bem como melhorias na função cognitiva e cardiovascular. Nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), o treino de exercício e a atividade física são reconhecidos como intervenções fundamentais na prática do EEER, orientando-se para a promoção ou recuperação da funcionalidade e da autonomia, contribuindo simultaneamente para o incremento do bem-estar e do autocuidado. Para além disso, assumem um papel relevante na promoção da saúde e na prevenção de complicações, demonstrando benefícios na qualidade de vida de pessoas com condições agudas ou crónicas e/ou com limitações funcionais (A. Novo et al., 2025).

As atividades desenvolvidas durante os estágios permitiram aplicar os PQCEER (Regulamento n.º 350/2015), através de intervenções personalizadas centradas na capacitação, no autocuidado e na segurança das transições. A construção de uma relação terapêutica, baseada na empatia e no respeito pelos valores da pessoa e família, assim como a elaboração conjunta do plano de intervenção, favoreceram a participação ativa, a autonomia e a satisfação com os cuidados. A promoção da saúde e

a prevenção de complicações foram asseguradas pela otimização da funcionalidade, identificação de barreiras e implementação de estratégias adaptativas, contribuindo para ambientes mais seguros e maior bem-estar. A inclusão da família e do cuidador, associada ao ensino e treino de AVD e programas de reabilitação, sugeriu ganhos ao nível do conhecimento, funcionalidade e qualidade de vida. A utilização de instrumentos de avaliação, o planeamento precoce da alta e a articulação interdisciplinar sustentaram a continuidade de cuidados e uma transição segura para o domicílio, enquanto os registos sistematizados e os projetos comunitários reforçaram a qualidade e a melhoria contínua da prática em enfermagem de reabilitação.

5.3 Competências de Mestre

O percurso formativo permitiu consolidar, de forma articulada, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, constituindo um alicerce essencial para o desenvolvimento das competências exigidas ao nível do mestrado, as competências de mestre. A integração do conhecimento teórico e prático adquirido ao longo do processo de aprendizagem possibilitou o desenvolvimento de capacidades diferenciadas para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação autónomos, abrangentes e sustentados numa abordagem baseada na evidência, centrada nas necessidades da pessoa (ICN, 2021). O contacto direto com a prática clínica assumiu um papel determinante na construção do conhecimento, na resolução de problemas e na tomada de decisão, contribuindo para o fortalecimento do pensamento crítico e analítico. O percurso de estágio favoreceu a compreensão da complexidade dos contextos de cuidados e a capacidade de mobilizar evidência atual para a fundamentação das intervenções. A reflexão sistemática permitiu transformar a experiência em conhecimento, promovendo uma prática mais consciente, intencional e fundamentada, e associada ao respeito pela dignidade, valores e princípios éticos e deontológicos da pessoa e família, contribuiu para o estabelecimento de relações terapêuticas significativas e para a obtenção de melhores resultados em saúde (Patel & Metersky, 2022). A liderança e influência no contexto da prática começou, igualmente, a surgir, expressa na iniciativa de dinamização de intervenções, no apoio a colegas, na promoção de boas práticas e na participação de processos de mudança organizacional, ainda que reconhecendo que este domínio continuará a ser aprofundado ao longo do exercício profissional futuro. Assim, o percurso formativo evidenciou a aquisição consistente das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e das competências de mestre, através das atividades desenvolvidas e descritas ao longo deste relatório, orientando o exercício profissional para a prestação de cuidados especializados de qualidade, fundamentados na evidência científica e centrados na pessoa.

6. ANÁLISE SWOT

No âmbito do percurso de estágio em diferentes contextos de prática, tornou-se pertinente realizar uma análise SWOT enquanto estratégia reflexiva de autoavaliação do desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação. A necessidade de melhorar a minha prática profissional e de responder de forma mais eficaz às necessidades das pessoas conferiu a este processo um caráter simultaneamente desafiante e motivador, impulsionando o investimento no desenvolvimento de competências e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Ao promover uma reflexão crítica e estruturada sobre a experiência vivenciada, esta análise permitiu identificar fatores internos e externos que influenciaram o processo formativo, nomeadamente as forças e fragilidades pessoais mobilizadas na prática, bem como as oportunidades e ameaças decorrentes dos contextos, e constituiu um contributo relevante para a compreensão do percurso de aprendizagem, para a identificação de áreas de melhoria e para a consolidação de uma identidade profissional progressivamente mais autónoma, consciente e fundamentada. No que concerne aos fatores internos facilitadores (forças), reconheço que a motivação para aprender e evoluir constituiu um elemento central do meu percurso. Esta motivação traduziu-se numa procura ativa de conhecimento, na reflexão sistemática sobre a prática e na tentativa de fundamentar as intervenções em evidência científica, aspetos que contribuíram para a consolidação do raciocínio clínico e da tomada de decisão. A diversidade de experiências vivenciadas nos diferentes contextos favoreceu a integração teoria-prática, permitindo-me compreender a funcionalidade da pessoa numa perspetiva global e adaptar as intervenções às necessidades singulares de cada situação. Paralelamente, a capacidade de estabelecer relação terapêutica com a pessoa e família revelou-se uma força relevante, na medida em que facilitou a adesão ao processo de reabilitação e reforçou a dimensão da intervenção centrada na pessoa. A forma como fui acolhida e integrada nos diferentes contextos, aliada à minha capacidade de adaptação, constituiu um importante facilitador do meu desenvolvimento, ao proporcionar um ambiente de valorização do EEER e de aprendizagem, junto de profissionais experientes e comprometidos com as melhores práticas, favorecendo a reflexão crítica e o crescimento profissional. Contudo, este percurso também foi marcado por fragilidades, que condicionaram, em determinados momentos, o desenvolvimento de competências. A insegurança inicial perante situações clínicas complexas, particularmente em pessoas com AVC em fase aguda, evidenciou a distância entre o conhecimento teórico e a sua operacionalização na prática. Esta insegurança traduziu-se, por vezes, numa menor assertividade na tomada de decisão e numa dependência mais acentuada da supervisão, o que me levou a reconhecer a necessidade de aprofundar alguns conhecimentos técnicos. A gestão do tempo e das múltiplas exigências dos estágios revelou-se igualmente desafiante, dificultando a exploração de algumas oportunidades de aprendizagem e a realização de mais atividades.

Relativamente às ameaças externas, identifiquei condicionantes organizacionais que influenciaram o processo formativo. Em contexto hospitalar, a falta de enfermeiros com formação especializada e a elevada carga de trabalho do enfermeiro supervisor, EER a prestar cuidados gerais ou na coordenação do serviço, limitaram, em algumas situações, o acompanhamento contínuo das intervenções de reabilitação e o tempo disponível para a prática supervisionada, condicionando, por vezes, a consistência do feedback. No contexto comunitário, deparei-me com ameaças relacionadas com a baixa literacia em saúde da pessoa e família, que condicionou a compreensão das orientações e a adesão às intervenções de reabilitação, bem como com a reduzida disponibilidade do cuidador informal, frequentemente sobrecarregado pelas exigências do cuidado. Verificaram-se ainda limitações no acesso a recursos da comunidade e atrasos na resposta de alguns serviços de apoio, o que comprometeu a continuidade das intervenções de reabilitação e a preservação dos ganhos funcionais no domicílio. Estas experiências permitiram-me compreender a complexidade do processo de reabilitação e a influência determinante dos determinantes sociais da saúde, reforçando a necessidade de uma abordagem adaptativa e centrada no contexto real de vida da pessoa. Apesar destes constrangimentos, o percurso de estágio revelou múltiplas oportunidades, que potenciaram o desenvolvimento de competências. A articulação entre contexto hospitalar e comunitário proporcionou uma visão integrada da transição da pessoa, permitindo-me compreender a importância da continuidade e da transição de cuidados na promoção da funcionalidade e da autonomia. A supervisão por enfermeiros especialistas experientes constituiu um recurso formativo fundamental, possibilitando aprendizagem por modelagem, feedback construtivo e reflexão partilhada sobre a prática. A participação em visitas domiciliárias, reuniões interdisciplinares e processos de planeamento de alta favoreceu o desenvolvimento de competências colaborativas e de coordenação de cuidados, essenciais à prática avançada. Adicionalmente, a proximidade com a pessoa e família no ambiente domiciliário configurou uma oportunidade privilegiada para desenvolver competências de capacitação, adaptação ambiental e promoção do autocuidado, reforçando a relevância da abordagem centrada na pessoa e na família. Globalmente, esta análise evidencia que o desenvolvimento de competências resultou de um processo dinâmico, marcado pela interação entre características pessoais, contextos de prática e oportunidades formativas. A reflexão sobre forças, fragilidades, ameaças e oportunidades permitiu-me reconhecer não apenas os progressos alcançados, mas também as áreas que necessitam de investimento futuro, assumindo o desenvolvimento profissional como um percurso contínuo. Neste sentido, as dificuldades experienciadas foram reconhecidas e transformadas em oportunidades de aprendizagem, contribuindo para o fortalecimento da autonomia, do pensamento crítico e da identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

7. CONCLUSÕES

O envelhecimento demográfico configura-se, na atualidade, como um dos principais desafios para os sistemas de saúde, traduzindo-se no aumento da prevalência de doenças crônicas e em situações de dependência funcional, que exigem respostas cada vez mais diferenciadas e centradas na pessoa. À medida que a longevidade aumenta, tornam-se mais frequentes as transições súbitas e disruptivas no percurso da saúde, particularmente após eventos incapacitantes como o AVC, o que reforça a necessidade de repensar modelos de cuidados que privilegiem a continuidade dos cuidados, a articulação entre níveis de cuidados e a preparação da pessoa e da família para a transição. Neste contexto, a transição de cuidados assume-se como um momento de elevada vulnerabilidade, exigindo intervenções estruturadas e individualizadas, que promovam segurança, autonomia e adaptação à nova condição de saúde.

Ao longo do ciclo de vida, a pessoa deve ser progressivamente envolvida na gestão da sua saúde, assumindo um papel ativo, informado e corresponsável no processo de cuidados. No entanto, esta responsabilização pressupõe a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, que permitam à pessoa tomar decisões e adotar comportamentos promotores de saúde. Assim, a capacitação afirma-se como um processo central na prática da Enfermagem de Reabilitação, orientado para a promoção do autocuidado, para a adaptação às limitações funcionais e para a maximização do potencial de recuperação. Neste contexto, o EEER assume particular relevância na promoção de transições de cuidados seguras e eficazes, através de uma intervenção sistemática, individualizada e centrada na pessoa e cuidador. Intervém na preparação para a alta, na promoção do autocuidado, na capacitação da pessoa e da família ou cuidador informal, na maximização da funcionalidade e na articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados. Através desta intervenção integrada, favorece-se a adaptação progressiva à nova condição de saúde, a reintegração na comunidade e a continuidade dos cuidados ao longo do percurso de reabilitação, contribuindo para resultados em saúde mais positivos e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa e da sua rede de suporte.

O presente relatório constituiu um espaço privilegiado de integração entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica, permitindo evidenciar o desenvolvimento progressivo das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências do grau de Mestre. A conclusão do percurso formativo desenvolvido ao longo dos estágios evidencia um processo consistente de aquisição e consolidação das competências referidas, refletindo a concretização dos objetivos inicialmente delineados. A prática em diferentes contextos permitiu mobilizar conhecimentos

científicos, capacidades técnicas e competências relacionais, traduzidas numa intervenção centrada na pessoa e na família ou cuidador informal, sustentada na avaliação multidimensional, no raciocínio clínico e na tomada de decisão fundamentada. As competências de EEER foram progressivamente demonstradas através da conceção, implementação e avaliação de programas de reabilitação, da capacitação da pessoa e família e da promoção da funcionalidade e autonomia. Ao nível das competências de mestre, evidenciaram-se na capacidade de reflexão crítica, integração de evidência científica na prática, análise contextual dos cuidados e na identificação de oportunidades de melhoria dos cuidados, evidenciando um percurso de aprendizagem autónomo e orientado para a qualidade e inovação em saúde.

Os ganhos sensíveis aos cuidados desenvolvidos evidenciaram-se sobretudo na melhoria da funcionalidade, da autonomia e da participação das pessoas cuidadas, com particular expressão na reeducação das AVD, na prevenção de complicações e na capacitação para o autocuidado e gestão da condição de saúde. A utilização de medidas centradas na pessoa e na família, nomeadamente PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*), PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) e FROMs (*Family-Reported Outcome Measures*), constitui um referencial relevante para a evidência do impacto das intervenções de Enfermagem de Reabilitação, ao possibilitar a captação dos resultados percebidos pela pessoa, da experiência vivida ao longo do processo de cuidados e das repercussões do cuidar no sistema familiar. No contexto da pessoa com AVC, esta perspetiva assume particular importância, ao apoiar a monitorização da evolução funcional, a adaptação à nova condição de saúde e a capacitação do cuidador, reforçando a pertinência de intervenções individualizadas, de uma transição de cuidados segura e da continuidade do acompanhamento na comunidade. A intervenção do EEER facilitou o envolvimento ativo da pessoa e da família/cuidador informal no processo de reabilitação, contribuindo para transições mais seguras e eficazes, e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A reflexão desenvolvida ao longo do percurso evidencia a necessidade de consolidar práticas de cuidados que valorizem a transição de cuidados como um processo estruturado e intencional, no qual a Enfermagem de Reabilitação assume um contributo diferenciador. Torna-se essencial reforçar intervenções precoces e continuadas que privilegiem a capacitação da pessoa e do cuidador, assegurando a manutenção dos ganhos funcionais e a adaptação aos contextos após a alta. Recomenda-se reforçar a dotação de EEER nos serviços e a adoção de modelos organizacionais que valorizem o planeamento precoce da alta como processo contínuo e interdisciplinar, iniciado logo após a admissão da pessoa. A utilização de instrumentos estruturados de avaliação funcional e de *checklists* de preparação para a alta poderá contribuir para sistematizar intervenções, facilitar a comunicação entre profissionais e garantir maior consistência na capacitação da pessoa e do cuidador. Ao nível da

educação, evidencia-se a importância de contextos formativos diversificados e a promoção de formação contínua e interprofissional. Em termos de políticas de saúde, torna-se relevante investir no fortalecimento das respostas comunitárias e na articulação entre níveis de cuidados, garantindo acessibilidade, continuidade e equidade no acesso à reabilitação, particularmente em fases de transição. Relativamente à continuidade do trabalho desenvolvido, perspectiva-se a possibilidade de aprofundar projetos futuros centrados na avaliação do impacto das intervenções de capacitação na transição para a alta, nomeadamente através de estudos longitudinais que integrem indicadores de funcionalidade, qualidade de vida e sobrecarga do cuidador. Poderão igualmente ser exploradas estratégias inovadoras, como programas estruturados de educação terapêutica, intervenções digitais de apoio ao autocuidado ou projetos de melhoria contínua da qualidade dirigidos à transição hospital-comunidade, contribuindo para a produção de conhecimento e para o desenvolvimento da prática avançada em Enfermagem de Reabilitação.

Durante o percurso, foram identificadas algumas dificuldades, entre as quais a complexidade das situações acompanhadas, a variabilidade dos contextos organizacionais, limitações de recursos e desafios inerentes à articulação interinstitucional na transição de cuidados. A gestão destas dificuldades foi sustentada por estratégias como a reflexão sistemática sobre a prática, a supervisão clínica, a procura ativa de evidência científica, o trabalho em equipa interdisciplinar e o desenvolvimento de competências de comunicação e adaptação. Estas estratégias constituíram elementos facilitadores do processo de aprendizagem e contribuíram para o fortalecimento da identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre.

Em síntese, o percurso formativo descrito neste relatório permitiu consolidar uma prática especializada, ética e humanizada, evidenciando o valor da Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa após AVC e na promoção de transições seguras e eficazes. Este processo representa não apenas o culminar de uma etapa académica, mas também o início de um compromisso contínuo com a excelência, a inovação e a melhoria da qualidade dos cuidados, orientado para a promoção da autonomia, da dignidade e da qualidade de vida das pessoas com necessidades de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ação AVC (2025). Escalas de Avaliação em AVC – NIH. Disponível em <https://www.acaoavc.org.br/profissionais-de-saude/escalas-de-avaliacao-em-avc/escalas-de-avaliacao-em-avc>

American Nurses Association (2025). *Code of Ethics for Nurses*. Disponível em <https://codeofethics.ana.org/provisions>

American Stroke Association (2025). Stroke Risk Factors. Disponível em: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors>

Andrade, A.M., Fiochi, A.B. & Antoniassi, L.L. (2023). A IMPORTÂNCIA DAS ESCALAS VALIDADAS DE AVALIAÇÃO PÓS-AVC. Trabalho acadêmico, orientado por Luciana Marques Barros. Faculdades Integradas de Fernandópolis, Fernandópolis.

António, M.A., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A. & João, A.L. (2025). Intervenções de Reabilitação em Enfermagem: Ganhos em Funcionalidade no Autocuidado da Pessoa com Alterações Neurológicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 8(1), pp. 01-15. <https://doi.org/10.33194/rper.2024.35999>

Assembleia da República (2021). *Constituição da República Portuguesa - Edição Especial 2021*. Disponível em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/crp-2021-net.pdf>

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

Barreiro, J. (2025). Confidencialidade, intimidade e privacidade no contexto dos direitos humanos. *Revista Bioética*. 33, pp.01-08. <https://doi.org/10.1590/1983-803420253668PT>.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics*. 19(11), pp. 9-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. Queirós & B. Lourenço Trad.). (Tradução do original do inglês From Novice to Expert – Excellence and power in clinical nursing practice, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora.

Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care. *BMJ Open Quality*. 12(4), pp.1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002516>

Bitencourt, G. & Souza, P. (2024). Teorias de Enfermagem e correlações para o Processo de Enfermagem. In G. Bitencourt (Org.) *Estratégias de Implantação do Processo de Enfermagem* (pp. 21 – 29). Disponível em <https://doi.org/10.22533/at.ed.350241209>.

Blackburn, E., Durocher, E., Feldman, D.E., Hudon, A., Laliberté, M., Mazer, B., Hunt, M. (2018). Supporting, Promoting, Respecting and Advocating: A Scoping Study of Rehabilitation Professionals' Responses to Patient Autonomy. *Canadian Journal of Bioethics*. 1(3), pp. 22-34.

Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.

Bruno, J.R., Nunes, A.M. (2019). A constituição de Unidades Locais de Saúde em Portugal: seus efeitos para a promoção da eficiência do Serviço Nacional de Saúde. *Saúde em Redes*. 5(3), 7-20. <https://doi.org/10.18310/24464813.2019v5n3p0720>

Calado, M. Pedrosa, S., Amendoeira, J., Ferreira, R., Silva, M., (2020). Promoção do autocuidado à pessoa diabética tipo 2 na prevenção do pé diabético. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 8(1): 192-202. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19889>

Cameron, I.D., Dyer, S.M., Panagoda, C.E., Murray, G.R., Hill, K.D., Cumming, R.G. et al. (2018). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4>.

Chadwick, R. & Gallagher, A. (2016). *Ethics And Nursing Practice*. (2ª ed). Londres: PALGRAVE.

Chaparro, M.F. (2023). *Cuidados Transicionais no regresso a casa da pessoa com alteração motora após Acidente Vascular Cerebral: contributo da Enfermagem de Reabilitação*. Relatório de Estágio, orientado por Miguel Serra. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Coelho, E., Martins, R. & Carvalho, N. (2025). Eficácia de um programa de enfermagem de reabilitação na resposta ao esforço físico e na qualidade de vida em idosos. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. 2(16), pp.1-9. <https://doi.org/10.29352/mill0216e.37204>

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta.

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Costa, V., Seixas, M., & Silva, C. (2021). Programa de regulação sensorial à pessoa com distúrbio da consciência. In O. Ribeiro (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas* (520-539). Lisboa: Lidel.

Cruz, A., Novo, A., Queirós, C., Viana, M. C., Veríssimo, C., Petronilho, F., et al., (2025). Currículos de enfermagem na área da atividade física: estudo transversal multicêntrico. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. 8(2), pp.1-13. <https://doi.org/10.37914/riis.v8i2.520>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 agosto. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.ª série — N.º 157 — 16 agosto de 2018. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A.

Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 junho. Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Diário da República, 1.ª série — N.º 133 — 9 de junho de 1999. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/06/133a00/32583265.pdf>

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

Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril. Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República n.º 74/2009, Série II.

Direção Geral da Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Disponível em https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Direção Geral da Saúde (2021). Acidente Vascular Cerebral. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/aumenta-o-numero-de-tratamentos-a-doentes-com-avc-agudo.aspx>

Direção Geral da Saúde (2017). Norma nº 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

Estakhri, R.K., Ezbarami, Z.T., Peyrovi, H., Leyli, E.K., Isanazar, A., Fakhrmousavi, S.A., et al. (2025). Effectiveness of transition theory-based interventions on outcomes of nursing care: A scoping review.

Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 30(4), pp. 461- 467.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_233_24

European Stroke Organisation (2024). Guidelines on Acute Stroke. Disponível em <https://eso-stroke.org/guidelines/eso-guideline-directory/#acute-stroke>

Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Santos, W., Moreira, M., (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 44(4): 1065-1069.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400030>.

Ferry, B., Compagnat, M., Yonneau, J., Bensoussan, L., Moucheboeuf, G., Muller, F. et al., (2022). Awakening the control of the ankle dorsiflexors in the post-stroke hemiplegic subject to improve walking activity and social participation: the WAKE (Walking Ankle isoKinetic Exercise) randomised, controlled trial. *Trials*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06545-w>

Figueiredo, A., Pereira, A., Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *HIGEIA. Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco*. 3 (1). pp. 35-45.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, M.C. (2022). *READMISSÕES PÓS AVC: Custos e Determinantes - Uma Revisão Sistemática da Literatura*. Dissertação de Mestrado, orientada por Luís Miguel Serra Coelho. Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, Faro.

Gimigliano, F. & Negrini, S. (2017). The World Health Organization “Rehabilitation 2030: A Call For Action”. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 53(2):155-68. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04746-3>.

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

Gonçalves, D., Ferreira, R., Vieira, J., Goes, M. & Mestre, T. (2020). Health Gains Resulting from Nursing Interventions in Early Mobilization of the Person with Cerebral Vascular Accident, *Journal of Aging & Innovation*, 9 (2), pp.133 – 152. <http://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i2-11>.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusodidacta.

Hopewell, S., Copsey, B., Nicolson, P., Adedire, B., Boniface, G., Lamb, S. (2020). Multifactorial interventions for preventing falls in older people living in the community: a systematic review and meta-analysis of 41 trials and almost 20 000 participants. *British journal of sports medicine*. 54(22), pp.1340-1350. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100732>

International Council for Nurses (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses

Instituto Nacional de Estatística (2024). Causes of Death. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUEStema=55538&DESTAQUESmodo=2

International Council of Nurses (2021). *Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.

Jales, D., Neto, D., Silva, J., Gonçalves, Y., Barros, N., Moreira, R., et al. (2024). Avanços no Diagnóstico e Tratamento do Acidente Vascular Cerebral na Urgência: Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6 (12), pp. 315-327. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p315-327>

Jasper, M., Rosser, M., & Mooney, G. (2013). *Professional Development, Reflection and Decision-Making in Nursing and Healthcare*. 2ªed. Wiley-Blackwell.

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

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>

Kokaia, Z., & Martinez-Curiel, R. (2025). Aging and ischemic stroke: mechanisms, trends, and strategies for improved outcomes. *Ageing and Longevity*, 6(2), 152-158. <https://doi.org/10.47855/jal9020-2025-2-7>

Kwakkel, G., Stinear, C., Essers, B., Munoz-Novoa, M., Branscheidt, M., Cabanas-Valdés, R. et al. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *European Stroke Journal*. 8(4), pp. 880-894. <https://doi.org/10.1177/23969873231191304>

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

Li, Y., Wang, Q., Liu, X-L., Hui, R. & Zhang, Y-P. (2023). Effect of the physical rehabilitation program based on self care ability in patients with acute ischemic stroke: a quasi experimental study. *Frontiers in Neurology*. 14, pp. 01-09. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1181651>.

Lobo, A.F. & Palma, T.M. (2024). A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 10(11) pp. 5156-5170. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16910>

Loureiro, A.B., (2020). A Enfermagem de Reabilitação e o Planeamento da Alta Hospitalar. Dissertação de Mestrado, orientada por Maria Manuela Martins. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto.

Loureiro, M.E., Paiva, K.T. & Santos, J. (2025). O Papel do Enfermeiro na Reabilitação de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquémico: Revisão Integrativa. *Revista Foco*. 18(6), pp.01-16. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n6-015>

Lourenço, I., Gonçalves, M.S., Sequeira, M.S., Melo, M.F. & Gouveia, M.J. (2022). A Tomada de Decisão na Gestão de Cuidados em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa da Literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

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

Marques -Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2023). Reabilitar a pessoa com Acidente Vascular cerebral. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.465-474). Loures: Sabooks - Lusodidacta.

Martins, T., Brito, A. (2021). Autocuidado: Uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. Em: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. Porto.

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred Nursing – Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwel.

McCormack B. & McCance T. V. (2011). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

McCormack B. & McCance T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

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

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

Menoita, E., Pão-Alvo, I., Sousa, L. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusodidacta

Ministério da Saúde (2024a). Neurologia. Disponível em <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/servicos-clinicos/44-neurociencias/114-neurologia-hem>

Ministério da Saúde (2024b). Pneumologia. Disponível em <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/servicos-clinicos/41-medicina-e-especialidades-medicas/103-pneumologia-hem>

Ministério da Saúde (2020). Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2020. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf

Mohamed, S.A., & Taie, E.S. (2024). The Value of Reflection in Nursing Practice. *Helwan International Journal for Nursing Research and Practice*. 3(8), pp. 398-411. Disponível em: <https://hijnrp.journals.ekb.eg/>

Norma nº 007 (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>

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

Novo, 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), pp.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. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp 67-75). Lisboa: Lidel.

Nunes, L. (2024). Tomada de decisão ética. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada* (pp. 99-108). Lisboa: Lidel.

Nunes, L. (2024). Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Coords.). *Enfermagem Avançada* (pp. 86-93). Lisboa: Lidel.

Nunes, L. & Amaral, G. (2022). Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem - Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem.

Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R.P., (2021). Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados de Saúde Primários. In O. Ribeiro (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 654–670). Lisboa: Lidel.

Oksholm, T., Gissum, K.R., Hunskaar, I., Augestad, M.T., Kyte, K., Stensletten, K., et al., (2023). The effect of transitions intervention to ensure patient safety and satisfaction when transferred from hospital to home health care—A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 79(6), pp.2098-2118.
<https://doi.org/10.1111/jan.15579>.

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

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

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed.). St.Louis: Mosby.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Prevenção e Controle de infeções – Higiene das mãos*.

Padilha, J.M. (2006). *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa - Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Dissertação de Mestrado orientada por Abel Paiva. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto: Porto.

Palacios-Galvez, M.S., Garcia-Navarro, E.B., José, H., Giusti, M., Raulinajtys-Grzybeck, M., Sousa, L., et al., (2025). Factors that influence the burden of the caregiver of cardiovascular patients. A multicenter study. *BMC Public Health*. 25(4098), pp.2-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25074-0>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18 (2088), pp.2-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Patel, K. & Metersky, K., (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International journal of nursing knowledge*. 33(3), pp.180-187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>.

Pereira, R. (2014). *Clínica e Prescrição Farmacêutica*. Belo Horizonte: Autor.

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

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

Pestana, H. (2023). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.89-100). Loures: Sabooks-Lusodidacta.

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

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

Pisco, L.A., Silva, V., Monteiro B.R. (2024). The evolution of the Portuguese health legislation and the new challenges for management from 2024 onwards. *Ciência & Saúde Coletiva*. 29(11), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.01242024>

Pontes, M. M. & Santos, A. (2023). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Loures: Sabooks-Lusodidacta.

Portugal Angels Nurse Task Force (2025). Guia de Enfermagem do AVC. Disponível em https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf

Punnoose, A., Claydon-Mueller, L., Weiss, O., Zhang, J., Rushton, A. & Khanduja, V., (2023). Prehabilitation for Patients Undergoing Orthopedic Surgery - A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(4), 1-18. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.8050>

Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A., (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(3): 157-163. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Ramos, O., Oliveira, R., Sá, J., Augusto, C. & Gomes, M.J. (2023). 2 2 Influência da liderança clínica em enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados: protocolo de scoping review. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da RACS*. 5(2). pp.(sp). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i2.494>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). *People-Centred Care*. (3ª ed.) Toronto.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). *Transições nos Cuidados e Serviços*. (2ª ed.). Toronto.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls*. (4ª ed.). Toronto.

Regulamento n.º140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 119/2015, Série II. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>

Reis, G. & Bule, M. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coordenadores.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Loures: Sabooks – Lusodidacta.

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

Ribeiro, P.A., Canas, L.M., Magalhães, M.H., Ribeiro, L., Torres, N. & Abreu, T. (2024). PARADIGMAS DA ENFERMAGEM. In A. Oliveira & N. Oliveira (Eds.), *Perspectivas integradas em Saúde, bem-estar e qualidade de vida 4* (pp. 87-96). Disponível em <https://doi.org/10.22533/at.ed.886142430109>.

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

Rocha, I., Bravo, M.F., Sousa, L.M., Mesquita, A.C., & Pestana, H. (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>

Romão, A.S., (2023). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Transição de Cuidados*. Relatório de Estágio, orientado por Maria José Bule. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Setúbal.

Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow (s.d). The Glasgow Structured Approach to Assessment of the Glasgow Coma Scale. Disponível em <https://www.glasgowcomascale.org/>

Sá, M.J. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.

Sadlonova, M., Katz, N.B., Jurayj, J.S., Flores, L., Celano, C.M., von Arnim, C.A.F., et al., (2023). Surgical prehabilitation in older and frail individuals: a scoping review. *International anesthesiology clinics*. 61(2):34-46. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000394>

Santos, C. A., (2019). *O papel do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação do cuidador informal— Revisão da Literatura*. Tese de Mestrado, orientada por Rosa Maria Lopes Martins. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5465>

Santos, L.L., (2023). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.15-23). Loures: Sabooks - Lusodidacta.

Santos, J., Campos, C.M. & Martins, M. (2020). A Pessoa com AVC em Processo de Reabilitação: Ganhos com a Intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 3(2), pp. 36-43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Santos, M.C., Bittencourt, G.K., Beserra, P.J. & Nóbrega, M.M., (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*. 6(1): 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV21047>

Schoeller, S., Martins, M.M., Faleiros, F. & Ramirez, N. (2021). *Enfermagem de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, Lda.

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

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

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., & Araújo, T. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a enfermagem de reabilitação. *Rev Investig Enferm*, 35-44. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>

Soares, M., Aquino, D., Sousa, G.M., Queiroz, J., Matos, J., Santiago, L. et al. (2022). O papel da equipe interdisciplinar no tratamento de pacientes. *Brazilian Journal of Health Review*. 5(3), 11424-11433. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-285>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2023). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Disponível em <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-cao-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Sousa, S. (2020). *Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Relatório de Estágio, orientado por Sandra Xavier. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.

Sousa, L., Tomás, J., Severino, S., Valido, S., Santos, M. J., & José, H. (2024). Preventing falls in the aged: a challenge in patient safety. *Salud Ciencia Y Tecnología*, 4, 1000–1000. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241000>

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2023). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.113-121). Loures: Sabooks - Lusodidacta.

Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde -Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>

Sousa, M., Cabrita, R., Mamadhussen, S.M., Ferrito, C., & Figueiredo, A., (2019). Intervenções de Enfermagem na Transição de Cuidados em Adultos com Acidente Vascular Cerebral: a scoping review. *Cadernos de Saúde*. 11(2), pp. 5-11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7266>.

Udensi, C.G., Vunnava, R., Durojaye, T.J. (2025). Interdisciplinary Collaboration in Healthcare Management: Strengthening Healthcare Delivery - A Review. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies*. 5(5), pp.210-216. <https://doi.org/10.62225/2583049X.2025.5.5.4881>

Vargas, M.A., Schneider, D., Mazera, M.S., Mendes, M. & Manoel, M. (2022). Manejo de Informações pela Enfermagem em Prontuários Eletrônicos e o Princípio da Confidencialidade. In F.G. Sousa & A.C. Silva (Coord.). *Cuidado de Enfermagem em ambiente hospitalar: recursos éticos, gerenciais e assistenciais*. Curitiba: CRV.

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In. M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 34-37). Lisboa: Lidel.

Ventura, F., Moreira, I. M. P. B., Raposo, V., Queirós, P. J. P. & Mendes, A. (2022). A prática centrada na pessoa: da idiosincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cadernos de Saúde pública*, 38(10), e00278121. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt278121>

Ventura-Silva, J. M., (2024). Métodos de Trabalho dos Enfermeiros no Contexto Hospitalar: Contributos para a Qualidade e Segurança dos Cuidados. Tese de Doutoramento, orientada por Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins e coorientada por Letícia de Lima Trindade. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Ventura-Silva, J.M., Martins, M.M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M.F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2023). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques Vieira. & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351-363). Loures: Sabooks - Lusodidacta.

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

Xue, X., Tao, J., Li, Y., Zhang, G., Wang, S., Xu, C. et al. (2025). Impact of clinical leadership on frontline nurses' quality of care: work engagement as mediator role. *BMC Health Services Research*. 25(1), pp. 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12515-0>.

World Health Organization (2024). Estimativas Globais de Saúde: Expectativa de vida e principais causas de morte e incapacidade. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

World Health Organization (2016). *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>.

World Health Organization (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: World Health Organization. Disponível em <https://iris.who.int/handle/10665/67215>.

ANEXOS

Anexo I: Pareceres da Comissão de Ética



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE72_2025

Assunto: Projeto no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação_ Relato de Caso Clínico: "A Pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário".

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: 06540466
Data: 2025.06.30 14:41:49+01'00'

Professora Adjunta Maria João Santos



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE102_2025

Assunto: Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação: "Relato de Caso: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa após Acidente Vascular Cerebral, no processo de transição para a alta", 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

Professora Adjunta Maria João Santos

Anexo II: Confirmação de Presença nas Jornadas



Anexo III: Certificado de apresentação de e-póster



Anexo IV: Certificado de Presença no Curso VNI



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Marta Andrade**, com o documento de identificação 10785177, participou em Curso VNI | 02 Outubro 2025, a 2 de Outubro de 2025 com a duração de 5 horas, promovido pela Academia Linde Saúde.



Patricia Mendes

Sales & Marketing Manager Portugal

Código de certificado: C-fcs/3mlluo2w48

APÊNDICES

Apêndice I: Consentimento Informado Livre e Esclarecido para a Participação em
Investigação

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

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsinquia² e a Convenção de Oviedo³

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: A Pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade UCC Mafra, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Nelson Guerra e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Dulce Ferreira.

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

Condições e financiamento: A sua participação no estudo descritivo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso implique qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo a análise dos dados é descritiva, estando 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 autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados.

Obrigada pela sua colaboração.

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Marta Isabel da Cruz Simões Andrade

Contacto telefónico: 919257076

Endereço de e-mail: marta.isandrado@gmail.com

Assinatura/s: *Marta Isabel C.S. Andrade*

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela 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) a ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificadas por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura:

Data: ____/____/____

² <https://www.atlasda.com.br/avc-avulso-at/avc-avulso-avulso-at/avc-avulso-avulso-at/avc-avulso-avulso-at/>

³ <https://www.atlasda.com.br/avc-avulso-at/avc-avulso-avulso-at/avc-avulso-avulso-at/avc-avulso-avulso-at/>

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

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 Relato Caso Clínico: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa após acidente vascular cerebral, no processo de transição para a alta.

Enquadramento: A realização do relato de caso clínico, insere-se no âmbito do Estágio Profissionalizante em Enfermagem de Reabilitação, que está a decorrer no Serviço de Neurologia, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Luís Sousa e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Tiago Oliveira. Destina-se a pessoa internada em unidade hospitalar na sequência de um acidente vascular cerebral, que se encontra em processo de transição para a alta.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de incapacidade adquirida no adulto, com repercussões relevantes na autonomia funcional, na qualidade de vida e na integração social da pessoa. A fase de transição do internamento hospitalar para a alta configura-se como um momento particularmente sensível, exigindo intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação orientadas para a capacitação da pessoa e do seu cuidador. Estas intervenções visam assegurar a continuidade do processo de reabilitação em contexto domiciliário, prevenir complicações e promover a maximização da funcionalidade.

Explicação do estudo: O presente relato tem como finalidade descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) na capacitação com a pessoa após acidente vascular cerebral (AVC), durante a preparação para a alta hospitalar.

Solicita-se a sua participação no relato de caso clínico, de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação, promovendo a melhoria dos cuidados prestados. A recolha de dados será feita por entrevista estruturada, que não será alvo de análise, no período de 9 setembro de 2025 a 19 de dezembro de 2025. A informação recolhida destina-se exclusivamente à elaboração do relato de caso clínico, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, e os dados serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relatório de caso. Serão utilizados instrumentos de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a vivenciar e que podem ser alvo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no estudo de caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre o programa de reabilitação a implementar de acordo com as necessidades identificadas no autocuidado, força muscular, coordenação motora, equilíbrio corporal e cognição, contribuindo para a sua recuperação funcional e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

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

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo. O tratamento da informação recolhida será conduzido, de forma descritiva e anónima, unicamente pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração de um relato de caso clínico. Findo este processo, os dados serão eliminados de forma definitiva e segura, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais, até 30 dias após a avaliação final do relatório de caso.

Obrigada pela sua colaboração.

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Marta Isabel da Cruz Simões Andrade Contacto

telefónico: 919257076

Endereço de e-mail: marta.isandrade@gmail.com

Assinatura/s:

Marta Isabel C.S. Andrade

³ <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

⁴ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

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

Nome:

Assinatura:

Data: / /

Apêndice II: E-Póster - “A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto Comunitário”



1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA USL SANTA MARIA

A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto Comunitário

Marta Andrade¹; Dulce Ferreira²; Nelson Guerra³
¹ Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA); ² Unidade Local de Saúde de Santa Maria (USL SSM); ³ Atlântica School of Health (ESSATLA)
 marta.andrade@gmail.com; dulce.ferreira@gmail.com; nsguerra@usl.ssm.pt

INTRODUÇÃO

A pré-habilitação pré-cirúrgica surge como uma estratégia de intervenção antecipada, que assume particular relevância nos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao promover ganhos em saúde através da otimização funcional, psicológica e nutricional da pessoa, contribuindo para uma recuperação mais rápida e eficaz no pós-operatório. A sua implementação em contexto comunitário tem demonstrado benefícios significativos, nomeadamente na melhoria da força muscular, da capacidade ventilatória, da autonomia e da literacia em saúde. Assim, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, é fundamental na avaliação, planeamento e execução de estratégias terapêuticas adaptadas, com vista à maximização da funcionalidade da pessoa em preparação para a cirurgia.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Idoso; Pré-habilitação pré-cirúrgica; Visita domiciliar.

OBJETIVOS

Descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário

METODOLOGIA

- Estudo descritivo com recurso a relato de caso
- Intervenção realizada em três sessões semanais de 90 minutos, no domicílio da utente, de 19 a 28 maio 2025
- Efetuada entrevista estruturada com perguntas abertas
- Desenvolvido e implementado plano de cuidados ajustado às necessidades específicas
- Pessoa do sexo feminino, 85 anos de idade
- Com AP : HTA, Artrite reumatóide, dislipidemia, ateromatose da artéria aorta, taquicardia supra-ventricular, cirurgia de RPTA direita no dia 6/09/2024; cirurgia de colocação de prótese total da anca esquerda e direita em 2017 e 2019, respetivamente.
- Avaliação inicial: Barthel de 70, SpO de 95%, expectoração espessa e de difícil mobilização, Força muscular 5/5 pela escala de mrc em todos os segmentos do MI esq, e 4/5 em todos os segmentos do MI dto. Auscultação com murmúrio vesicular mantido, sem ruidos adventícios

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Expectorar inefez em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar o tórax - Avaliar o reflexo da tosse [frequência e eficácia] - Assistir a tossir - Executar cinestoterapia respiratória [exercícios respiratórios/abertura costal global com bastão, abertura costal seletiva direita e esquerda, técnica de vibrocompressão torácica, reeducação abdomino-diafragmática] - Executar técnica de posicionamento [técnica de posicionamento para descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semicerrados)] - Incentivar a tossir - Incentivar a ingestão de líquidos - Incentivar expectorar - Vigiar a expectoração 	<ul style="list-style-type: none"> - Expectorar eficaz [Validade por diminuição e eliminação eficaz das secreções; Saturação de O₂ > 95%, ausência de ruidos adventícios na auscultação]
Movimento muscular diminuído no membro inferior direito	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através [Escala Medical Research Council (MRC)] - Incentivar a pessoa a executar os exercícios ativos livres [movimentos livres do membro inferior esquerdo, mobilização ativo-assistida do membro inferior direito, conforme tolerância e sem exceder o limite da amplitude articular (flexão/extensão dos dedos do pé, inversão/eversão tibiotársica, dorsiflexão/flexão plantar, abdução e adução, flexão do joelho e cotofemoral), exercícios isométricos (abdominais, glúteos e quadríceps), atividades terapêuticas (oscilação pélvica, ponte, pedaleira). Incentivar a deambulação com andaluz] - Executar técnica de exercício muscular ativo [membro inferior direito, conforme tolerância e sem exceder o limite da amplitude articular (flexão/extensão dos dedos do pé, inversão/eversão tibiotársica, dorsiflexão/flexão plantar, abdução e adução, flexão do joelho e cotofemoral)] - Ensinar técnicas de exercício muscular e articular [exercícios isométricos (abdominais, glúteos e quadríceps), atividades terapêuticas (oscilação pélvica, ponte, pedaleira)] 	<ul style="list-style-type: none"> - Movimento muscular mantido [validade por força muscular mantida no MI esq e melhorada no MI dto]
Autocuidado comprometido, com dependência moderada (Higiene, vestuário, transferir-se, uso do sanitário)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado [escala de Barthel] - Incentivar o autocuidado - Otimizar o ambiente - Providenciar material educativo - Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado - Treinar uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado comprometido em grau reduzido

RESULTADOS

- Maior adesão ao plano de intervenção
- Aplicação prática dos conhecimentos adquiridos pela utente durante as sessões
- Promoção da autoconfiança, da autonomia e da literacia em saúde
- Melhoria da gestão do regime terapêutico

BIBLIOGRAFIA

SCAN ME



DISCUSSÃO

A pré-habilitação pré-cirúrgica, quando realizada em contexto comunitário e adaptada às necessidades individuais, tem demonstrado benefícios significativos na preparação da pessoa envelhecida e frágil para procedimentos cirúrgicos, promovendo uma maior adesão e eficácia. As intervenções multimodais, que combinam exercício físico, suporte nutricional e acompanhamento psicológico, têm sido associadas à redução de complicações pós-operatórias, diminuição do tempo de internamento e melhoria da recuperação funcional (Sadlonova et al., 2023; Punnoose et al., 2023). O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel central neste processo, ao avaliar, planear e implementar intervenções individualizadas que otimizam a capacidade funcional da pessoa e fomentam a sua participação ativa no processo cirúrgico. A vertente educativa destes programas tem igualmente demonstrado benefícios claros na promoção da literacia em saúde, facilitando a adesão ao regime terapêutico, a redução da ansiedade e o aumento da autonomia no autocuidado (D'Amico et al., 2025).

CONCLUSÕES

A intervenção de pré-habilitação pré-cirúrgica no domicílio promoveu ganhos em saúde na utente, como maior funcionalidade, autonomia e confiança, contribuindo para uma melhor preparação para a cirurgia e prevenção de complicações. Este caso reforça a importância do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na preparação para a cirurgia, em contexto comunitário.

Apêndice III: Sessão de Educação para a saúde - “Corpo Ativo, Mente Saudável: Ficar Parado
Não é Opção”

Corpo Ativo, Mente Saudável: Ficar Parado Não é Opção

A importância de continuar ativo na vida sênior



O nosso corpo tem... músculos... ossos...



O Sedentarismo na pessoa com "alguma idade"

A inatividade física aumenta os riscos de saúde contribuindo para problemas de saúde crônicos.

A falta de atividade física, faz com que perca músculo e altera a composição dos seus ossos.

O risco de quedas aumenta 3x em pessoas que não se mexem, reduzindo significativamente a sua autonomia.




Atividade Física e Exercício Físico: Qual a Diferença?

Atividade Física
Qualquer movimento corporal que resulta em gasto de energia. Exemplos incluem caminhar, jardinagem, realizar tarefas domésticas ou subir escadas. É a base para um estilo de vida ativo.

Exercício Físico
Uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. Inclui natação, aulas de ginástica ou levantamento de pesos.

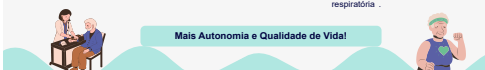
Ambos são benéficos e complementares!



Principais Benefícios Físicos

- 01 Saúde dos seus músculos e flexibilidade**
Melhora a massa e força muscular, essencial para a mobilidade, suporte e flexibilidade.
- 02 Prevenção de Quedas**
Exercícios específicos de equilíbrio reduzem o risco de quedas e fraturas.
- 03 Doenças crônicas**
Ajuda a controlar a diabetes, hipertensão e o peso corporal.
- 04 Saúde Cardiovascular**
Diminui o risco de enfarte e AVC, promovendo um coração mais forte e resistente. Melhora a capacidade respiratória.

Mais Autonomia e Qualidade de Vida!



Impacto na Saúde Cognitiva e Mental

Função Cognitiva
O exercício regular reduz o risco de demência.

Memória e Concentração
Melhora o desempenho nas tarefas do dia a dia.

Ansiedade e Stress
Diminui os níveis de cortisol, promovendo relaxamento e a calma; melhora do sono.

Humor, auto-estima e Bem-Estar
Reduz os sintomas de depressão e melhora a disposição.



Porquê Continuar Após a Academia?

- 01** Os ganhos de força, equilíbrio e mobilidade, que apresentou durante a academia, perdem-se rapidamente se não continuar a fazer exercício.
- 02** O movimento físico estimula o cérebro e previne a atrofia do seu cérebro.
- 03** Se você se mantiver ativo terá menos lesões associadas a quedas.
- 04** O corpo "acostuma-se" a não se mexer se parar, aumentando o risco de surgirem problemas de saúde.
- 05** Manter-se ativo faz com que consiga cuidar melhor de si próprio por mais tempo.
- 06** Continuar ativo favorece o contato com outras pessoas e combate o isolamento social.

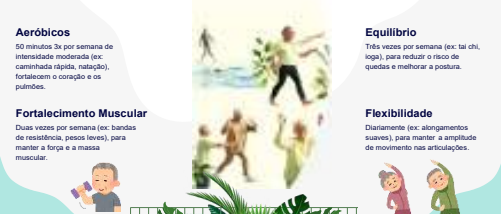
Tipos de Atividade e Exercício Recomendados

Aeróbicos
50 minutos 3x por semana de intensidade moderada (ex: caminhada rápida, natação), fortalecem o coração e os pulmões.

Fortalecimento Muscular
Duas vezes por semana (ex: bandas de resistência, pesos leves), para manter a força e a massa muscular.

Equilíbrio
Três vezes por semana (ex: tai chi, yoga), para reduzir o risco de quedas e melhorar a postura.

Flexibilidade
Diariamente (ex: alongamentos suaves), para manter a amplitude de movimento nas articulações.



Dicas para uma Rotina Segura

Alongamento pela manhã

Participar em grupos comunitários ativos

Desfrutar, brincar com os netos, cuidar do jardim, limpar a casa

Subir escadas com apoio

Caminhadas diárias (mesmo dentro de casa)

Desfrutar com movimento e melhorar com dignidade, autonomia e alegria



Superar as Principais Barreiras

Medo de Quedas
Comece com exercícios de baixo impacto e procure supervisão para maior segurança.

Falta de Motivação
Escreva um plano de exercício ou junte-se a um grupo para incentivo mútuo.

Dores Musculares
Prograda lentamente e alterne tipos de exercício para evitar sobrecarga.

Problemas de Saúde
Procure um profissional de saúde para um plano de exercícios personalizado e seguro.



Obrigada pela vossa atenção...

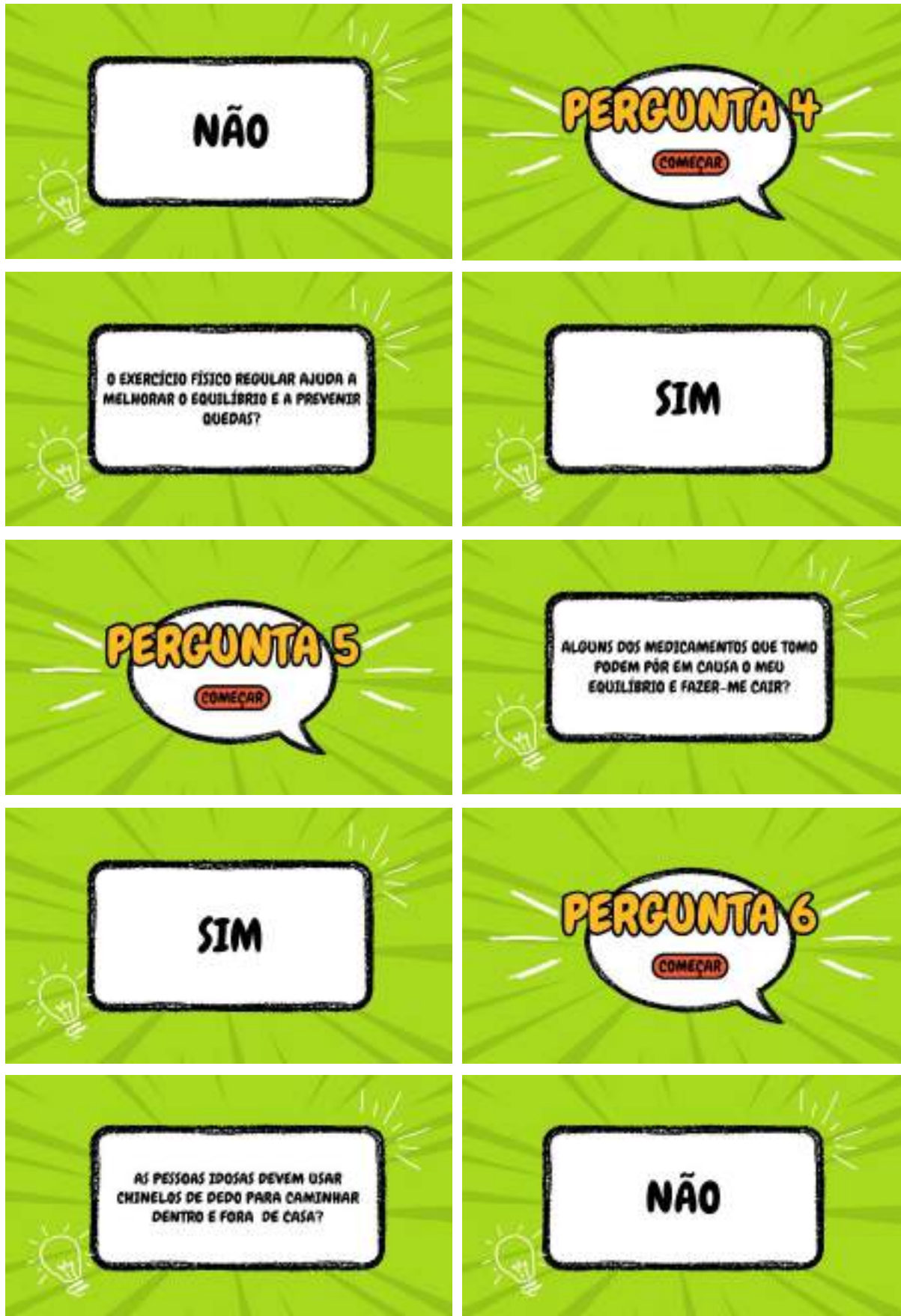


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90 (1029):26-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2013-131366>
- Organização Mundial da Saúde (2020). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240015128>
- Santos, C. (2024). *A promoção do exercício físico na pessoa idosa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Tese de mestrado, orientada por Júlio Belo Fernandes. Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Almada.

Apêndice IV: Jogo Pedagógico “Prevenir Para Não Cair”











Apêndice V: Sessão de Formação sobre o Tema “Neuro Avaliação”



NERVO OLFATIVO (I)



Função: Permite perceber o cheiro.

- **Parosmia** (perverse da percepção dos cheiros)
- **Hipoosmia** (diminuição da percepção dos cheiros)
- **Anosmia** (ausência da percepção dos cheiros)

NERVO ÓPTICO (II)

Teste de Acuidade Visual



- **Metotermia** (teste com cartas de identificação de letras)
- **Metotermia** (teste com cartas de identificação de números)
- **Metotermia** (teste com cartas de identificação de figuras)

Teste do Campo de Visão



- **Confronto** - Comparação da visão entre dois indivíduos.
- **Perimetria** - Medição da extensão da visão em graus.

NERVO MOTOR OCULAR COMUM (III), TROCLEAR (IV), MOTOR OCULAR EXTERNO (VI)

Reflexo Pupilar e Reflexos



- **Reflexo Pupilar** (contração da pupila)
- **Reflexo de acomodação** (contração dos músculos ciliares)
- **Reflexo de vergência** (movimento dos olhos para manter o objeto fixo)

NERVO MOTOR OCULAR COMUM (III), TROCLEAR (IV), MOTOR OCULAR EXTERNO (VI)

Movimentos Oculares



- **Abdução** (movimento do olho para longe da linha média)
- **Adução** (movimento do olho para perto da linha média)
- **Rotacionar** (movimento de rotação do olho)

NERVO TRIGÊMEO (V)

Sensibilidade Facial e Mastigação



- **Sensibilidade** (sensação de toque, dor, temperatura)
- **Mastigação** (movimento de mastigação)

NERVO FACIAL (VII)

Movimentos Faciais e Paladar



- **Movimentos faciais** (movimentos de expressão)
- **Paladar** (sensação de gosto)

NERVO FACIAL (VII)

Mímica Facial e Paladar



Funções e Avaliação

- Avaliar a presença da paralisia facial (VII) da face (movimentos faciais e expressão emocional)
- Digitar alimentos com o palato sem mastigar
- Ingerir água ou pasta de dentes com facilidade

NERVO VESTIBULOCOCLEAR (VIII)

Audição e Equilíbrio



Funções e Avaliação

- Teste de audição
- Teste de Romberg
- Teste de Waller
- Teste de tandem

NERVO GLOSSOFARÍNGEO (IX) E VAGO (X)

Paladar - Deglutição - Reflexos



Avaliação da sensibilidade Gustativa

- Responder pelo paladar (se a pessoa não responde, fazer a avaliação da presença de alteração de consciência e nível de atenção e compreensão)

Avaliação da reflexos de vômito

- Com uma espátula tocar o interior da boca e observar se ocorre o reflexo de vômito (reflexo de gag)

Avaliação da deglutição

- Avaliar o reflexo de deglutição pedindo a pessoa para ingerir a água ou se alguma substância

NERVO GLOSSOFARÍNGEO (IX) E VAGO (X)

Função na Ingestão e Faringe



Avaliação da motricidade do palato e uvula

- Pedir a pessoa para abir a boca e dizer "ahhh" de forma prolongada.
- Observar se o palato move-se para cima e para trás e se a uvula se move para trás - O objetivo aqui não é fazer o teste de paladar, mas sim avaliar a motricidade (movimento)

Avaliação da voz

- Observar alteração da voz de voz, por exemplo a dificuldade de falar frases completas, voz fraca ou rouca

NERVO VAGO (X)



- Avaliar periodicamente a função de órgãos internos, como o coração, pulmões e intestino delgado
- O sono pode ficar alterado e ficar mais inquieto
- Avaliar a frequência cardíaca e a pressão arterial, bem como a frequência respiratória e a saturação de oxigênio no sangue

NERVO ESPINHAL (XI)

Movimentos do Pescoço e Ombros



- Avaliar:
 - Presença de dor no pescoço, ombros e braços
 - Presença de dor no pescoço, ombros e braços durante a movimentação
 - Presença de dor no pescoço, ombros e braços durante a movimentação

NERVO GRANDE HIPOGLOSSO (XII)

Movimentos da Língua

- **Recife é paraventricular:**
 - Abdo: 2/3 superior do cérebro e 1/3 inferior do tronco.
 - Controla a língua, a faringe e o esôfago.
 - Controla a língua para um dos lados (o mesmo lado para o qual se está falando, lendo ou escrevendo).
 - Passa a língua para o lado e para o outro lado para fazer movimentos de flexão e extensão.
 - Passa a língua para o lado e para o outro lado para fazer movimentos de flexão e extensão para ler, escrever ou falar.



COORDENAÇÃO MOTORA

Tarefa de Coordenação dos Membros Superiores:

- Deslocar o objeto.
- Posicionar o objeto no lado (coordenação).
- Manter o equilíbrio.

Tarefa de Coordenação dos Membros Inferiores:

- Calcular o peso do objeto.
- Manter o equilíbrio.

SENSIBILIDADE

- **Tipos de Sensibilidade:**
 - Tactil (toque)
 - Térmica (calor/frio)
 - Dolorosa (dor)
 - Proprioceptiva (posição do corpo)
- **Tipos de Sensibilidade:**
 - Tactil (toque)
 - Térmica (calor/frio)
 - Dolorosa (dor)
 - Proprioceptiva (posição do corpo)



FORÇA MUSCULAR




FORÇA MUSCULAR

Medical Research Council

Classificação	Descrição
0	nenhuma contração visível
1	tração visível apenas quando o examinador aplica força
2	movimento com ajuda
3	movimento com ajuda, mas sem resistência
4	movimento com resistência
5	força normal

TÔNUS MUSCULAR



Classificação	Descrição
0	nenhuma contração visível
1	tração visível apenas quando o examinador aplica força
2	movimento com ajuda
3	movimento com ajuda, mas sem resistência
4	movimento com resistência
5	força normal

EQUILÍBRIO

ESTÁTICO

- Equilíbrio estático: é a capacidade de manter o corpo em uma posição estável, sem qualquer movimento.
- É a capacidade de manter o corpo em uma posição estável, sem qualquer movimento.
- É a capacidade de manter o corpo em uma posição estável, sem qualquer movimento.

DINÂMICO

- Equilíbrio dinâmico: é a capacidade de manter o corpo em movimento, sem qualquer perda de equilíbrio.
- É a capacidade de manter o corpo em movimento, sem qualquer perda de equilíbrio.
- É a capacidade de manter o corpo em movimento, sem qualquer perda de equilíbrio.



MARCHA



Strike Phase

Swing Phase

Heel contact | Foot flat | Mid stance | Heel off | Toe off | Mid swing | Heel contact

- Manutenção do equilíbrio
- Apoio da perna da base de sustentação
- Movimento para frente e para trás
- Movimento para frente e para trás
- Movimento para frente e para trás
- Movimento para frente e para trás

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Guia de Orientação para o Cuidado com o Paciente com AVC. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Guia de Orientação para o Cuidado com o Paciente com AVC. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Guia de Orientação para o Cuidado com o Paciente com AVC. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Guia de Orientação para o Cuidado com o Paciente com AVC. Brasília: Ministério da Saúde.

OBRIGADA



Apêndice VI: KIT de Neurologia



Apêndice VII: Capacitar com a pessoa após acidente vascular cerebral na transição para a
alta: Relato de Caso Clínico



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

2º Ano / 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante

Capacitar com a pessoa após acidente vascular cerebral na transição para a alta: Relato de Caso Clínico

Elaborado por

Marta Isabel Andrade (nº estudante-200827050)

Regente do Estágio

Professor Doutor Luís Sousa

Professor Orientador

Professor Doutor Luís Sousa

Enfermeiro Supervisor

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Tiago Oliveira

Barcarena

Novembro 2025

Escola Superior de Saúde Atlântica

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

2º Ano / 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio Profissionalizante

Capacitar com a pessoa após acidente vascular cerebral na transição para a alta: Relato de Caso Clínico

Elaborado por

Marta Isabel Andrade (nº estudante-200827050)

Regente do Estágio

Professor Doutor Luís Sousa

Professor Orientador

Professor Doutor Luís Sousa

Enfermeiro Supervisor

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Tiago Oliveira

Barcarena

Novembro 2025

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) permanece, em Portugal, como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade permanente, com impacto expressivo na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa e família.

Objetivo: Descrever as intervenções de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa após AVC durante o processo de transição para a alta hospitalar.

Metodologia: Estudo descritivo, com base em relato de caso clínico, sobre uma pessoa internada num serviço de neurologia após um AVC, com défice da força muscular e compromisso do equilíbrio corporal. Foram aplicados instrumentos de avaliação validados, definidos diagnósticos, planeadas e implementadas intervenções de Enfermagem de Reabilitação orientadas para a capacitação funcional.

Resultados: Obtiveram-se ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: melhoria da força muscular e equilíbrio corporal, aumento da independência funcional na realização das atividades de vida diária, integração progressiva do hemicorpo afetado, redução do risco de complicações associadas à imobilidade, participação mais ativa da pessoa no seu processo de reabilitação, favorecendo uma transição para a alta mais segura e eficaz.

Conclusões: A capacitação assume-se como um elemento central na reabilitação após o AVC, contribuindo para uma transição segura, para a continuidade efetiva dos cuidados e para uma melhoria significativa da qualidade de vida da pessoa.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Capacitação; Transição de Cuidados; Relato Caso.

LISTA DE SIGLAS

AIT - Acidente Isquêmico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

MRC - Medical Research Council

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) permanece, em Portugal, como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade permanente, com impacto expressivo na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa e família.

Objetivo: Descrever as intervenções de Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa após AVC durante o processo de transição para a alta hospitalar.

Metodologia: Estudo descritivo, com base em relato de caso clínico, sobre uma pessoa internada num serviço de neurologia após um AVC, com défice da força muscular e compromisso do equilíbrio corporal. Foram aplicados instrumentos de avaliação validados, definidos diagnósticos, planeadas e implementadas intervenções de Enfermagem de Reabilitação orientadas para a capacitação funcional.

Resultados: Obtiveram-se ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação: melhoria da força muscular e equilíbrio corporal, aumento da independência funcional na realização das atividades de vida diária, integração progressiva do hemicorpo afetado, redução do risco de complicações associadas à imobilidade, participação mais ativa da pessoa no seu processo de reabilitação, favorecendo uma transição para a alta mais segura e eficaz.

Conclusões: A capacitação assume-se como um elemento central na reabilitação após o AVC, contribuindo para uma transição segura, para a continuidade efetiva dos cuidados e para uma melhoria significativa da qualidade de vida da pessoa.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Capacitação; Transição de Cuidados; Relato Caso.

ABSTRACT

Introduction: Stroke remains one of the leading causes of mortality and permanent disability in Portugal, with a significant impact on the functionality, autonomy, and quality of life of individuals and their families.

Objective: To describe rehabilitation nursing interventions in empowering individuals after stroke during the transition to hospital discharge.

Methodology: Descriptive study, based on a clinical case report, of a person admitted to a neurology service after a stroke, with muscle weakness and impaired balance. Validated assessment tools were applied, diagnoses were defined, and rehabilitation nursing interventions aimed at functional training were planned and implemented.

Results: Significant gains were achieved through Rehabilitation Nursing care: improvement in muscle strength and body balance, increased functional independence in performing activities of daily living, progressive integration of the affected side of the body, reduced risk of complications associated with immobility, and more active participation of the person in their rehabilitation process, favoring a safer and more effective transition to discharge.

Conclusions: Training is a central element in rehabilitation after stroke, contributing to a safe transition, effective continuity of care, and a significant improvement in the person's quality of life.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Stroke; Training; Care Transition; Case Report.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
2. RESULTADOS.....	24
3. DISCUSSÃO.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	XXXIII
ANEXOS.....	XXXVIII
ANEXO I - CARE (CAsE REport) Checklist.....	XXXIX
ANEXO II - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação em investigação	XLI
ANEXO III – Guião de Entrevista – Relato de Caso Clínico em Enfermagem de Reabilitação (CARE Framework).....	XLIII
ANEXO IV - Índice de <i>Barthel</i>	XLVII
ANEXO V - <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>	L
ANEXO VI - Escala <i>Medical Research Council</i>	LII
ANEXO VII – Escala Equilíbrio de Berg.....	LIV
ANEXO VIII - Escala <i>Ashworth Modificada</i>	LVI
ANEXO IX - Escala de Coma de <i>Glasgow</i>	LVIII
ANEXO X - Gugging Swallowing Screen (GUSS).....	LX
ANEXO XI - <i>National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)</i>	LXII
ANEXO XII -Escala Visual Analógica.....	LXV
.....	LXVI

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	1818
Tabela II - Resultados obtidos da aplicação das escalas.....	244

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente trabalho enquadra-se na unidade curricular de Estágio Profissionalizante, integrada no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Atlântica, e corresponde a um dos momentos de avaliação definidos para a referida unidade curricular. Foi solicitada a realização de um relato de caso clínico, centrado na análise aprofundada e sistematizada da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na prestação de cuidados a uma pessoa com doença do foro neurológico, internada em ambiente hospitalar e com necessidades específicas de cuidados especializados. O relato de caso clínico é reconhecido como uma das primeiras linhas de evidência científica (Das & Singh, 2021), que evidencia o raciocínio clínico do EEER, integrando a avaliação contínua e estruturada da situação clínica e funcional da pessoa, a formulação de diagnósticos de enfermagem de reabilitação e a implementação de intervenções de reabilitação ajustadas às respostas humanas da pessoa em situação de doença. Constitui, além disso, um exercício académico e de reflexão crítica que sustenta a consolidação de competências avançadas orientadas para a maximização da funcionalidade e da autonomia e para a melhoria efetiva da qualidade de vida da pessoa hospitalizada.

O tema escolhido para o presente relato de caso clínico incide sobre a intervenção da Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa após acidente vascular cerebral (AVC) no processo de transição para a alta hospitalar, uma vez que este constitui uma das principais causas de incapacidade adquirida a nível mundial, apresentando impacto significativo na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa. A questão norteadora formulada é: *“Que benefícios têm as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação com a pessoa após AVC, no processo de transição para a alta hospitalar?”*.

Em Portugal, as doenças cerebrovasculares, em particular o AVC, continuam a constituir a principal causa de mortalidade e incapacidade, com forte impacto na pessoa, família e sistema de saúde. Em 2022, registaram-se 9 616 mortes (7,7% do total), correspondendo a uma taxa de 92,1 por 100 mil habitantes. As mulheres apresentaram maior vulnerabilidade, verificando-se, por cada 100 óbitos femininos, 75,8 óbitos masculinos, o que evidencia um agravamento proporcional da mortalidade feminina face ao ano anterior (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

O envelhecimento demográfico tem favorecido o aumento da incidência de AVC, sobretudo na Europa. Entre 2014 e 2022, a população jovem diminuiu e a população idosa aumentou na UE. Portugal é atualmente um dos países mais envelhecidos, registando em 2023 um índice de 188,1 idosos por cada 100 jovens, com valores ainda superiores nas regiões Centro e Alentejo (INE, 2024). Prevê-se que, até 2030, a população europeia com 60 ou mais anos aumente 23%, o que poderá elevar a incidência de AVC. Em resposta, a *European Stroke Organization* e a *Stroke Alliance for Europe* definiram o Plano de Ação para o AVC 2018–2030, centrado na prevenção, no acesso rápido a cuidados especializados através da Via Verde do AVC, na reabilitação precoce e contínua, na monitorização dos resultados e na reintegração social e comunitária da pessoa (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2023).

O AVC caracteriza-se como um défice neurológico agudo, resultante da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral. É descrito como uma manifestação súbita de sinais ou sintomas que refletem um défice focal da função cerebral, que persistem por mais de 24 horas ou conduzem à morte, sem que exista outra explicação além de uma causa de origem vascular (Jales et al., 2024).

Cerca de 80% dos AVC são isquémicos, provocados pela oclusão de um vaso por um trombo ou êmbolo, enquanto os restantes 20% são hemorrágicos, resultantes da rutura de vasos sanguíneos cerebrais, e constituem uma urgência médica. Em Portugal, calcula-se que a cada hora três pessoas sofram um AVC, sendo que uma morre e cerca de metade dos sobreviventes permanece com limitações funcionais. Nos AVC isquémicos, a eficácia do tratamento depende da sua administração até quatro horas e meia após o início dos sintomas; nos hemorrágicos, pode ser necessária cirurgia urgente para controlar a hemorragia (Figueiredo et al., 2020).

O AVC isquémico resulta da oclusão de uma artéria cerebral, podendo ser de origem trombótica, embólica ou causada por hipoperfusão sistémica, e a sua gravidade depende do território cerebral afetado. O acidente isquémico transitório (AIT) corresponde a um episódio transitório de défice neurológico sem evidência de enfarte em imagem. O AVC hemorrágico pode apresentar-se como hemorragia intracerebral, provocada pela rutura de pequenos vasos com formação de hematoma e agravamento progressivo dos sintomas, ou como hemorragia subaracnoidea, geralmente associada à rutura de um aneurisma, caracterizando-se por cefaleia

súbita e intensa, podendo evoluir rapidamente para coma ou morte (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025).

Os fatores de risco para o AVC podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Entre os primeiros destacam-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dieta inadequada, tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, sedentarismo, fibrilhação auricular, estenose carotídea, dislipidemia, AIT ou AVC prévio, doença de células falciformes e terapia hormonal de substituição. Já entre os fatores não modificáveis encontram-se a idade, o sexo, a raça ou etnia, origem geográfica e a história familiar, os quais aumentam a suscetibilidade individual para a doença (American Stroke Association, 2025).

Quando ocorre um AVC e o fluxo sanguíneo deixa de irrigar a área cerebral responsável por determinada função, essa função ficará comprometida. As manifestações clínicas do AVC dependem sobretudo da localização e da extensão da lesão cerebral, podendo resultar em alterações das funções motoras, sensoriais e cognitivas. Como quase todos os sinais do cérebro para o corpo e vice-versa se cruzam durante o seu trajeto, significa que cada hemisfério cerebral controla o lado oposto do corpo. Assim, quando a lesão ocorre no hemisfério esquerdo manifestam-se predominantemente défices no lado direito do corpo, nomeadamente paralisia ou défice motor, alterações da sensibilidade, dificuldades na fala e na linguagem, défices de pensamento abstrato, alterações de memória e de raciocínio, bem como um padrão comportamental tendencialmente mais lento e cauteloso. Por outro lado, quando a lesão ocorre no hemisfério direito, as repercussões verificam-se no lado esquerdo do corpo, habitualmente com paralisia ou défice sensorial, perturbações da visão, alterações na perceção espacial, défices cognitivos e de memória, sendo frequente um estilo comportamental mais impulsivo e inquisitivo (American Stroke Association, 2025). Estes mecanismos sustentam a necessidade de uma avaliação sistemática, baseada em escalas validadas de défice neurológico, funcionalidade e autocuidado, que orientam o diagnóstico de enfermagem de reabilitação e a definição de prioridades de intervenção.

Uma vez que o AVC se trata de uma emergência médica, foram implementadas em Portugal as Vias Verdes do AVC, com o propósito de assegurar o transporte rápido da pessoa com suspeita de AVC para uma unidade hospitalar de referência, especializada no diagnóstico e tratamento. Este modelo pretende reduzir o tempo entre o início dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento,

promovendo intervenções precoces que diminuem a mortalidade e previnem sequelas incapacitantes. (Ministério da Saúde, 2020).

Os sinais focais clássicos da instalação súbita do AVC incluem a assimetria facial, geralmente evidenciada pelo desvio da comissura labial ou incapacidade de sorrir de forma simétrica; a parésia ou incapacidade de mobilizar um dos membros, traduzindo um déficit motor unilateral; e as alterações da fala, que podem manifestar-se sob a forma de dificuldade em articular palavras (disartria), discurso lentificado ou incoerente (Direção Geral Saúde, 2017).

O tratamento urgente para o AVC isquémico é a remoção do trombo, através de administração de terapêutica específica – trombólise, ou de tratamento mecânico - trombectomia. Na trombólise é administrado Alteplase IV (r-tPA) por via endovenosa, para dissolver o trombo e melhorar o fluxo sanguíneo para a área cerebral afetada, até quatro horas e meia após o início dos sintomas. A trombectomia mecânica consiste na remoção do trombo através da inserção de um cateter na artéria femoral (preferencialmente a direita) até à artéria cerebral ocluída, sendo depois aspirado. Este procedimento é realizado nas primeiras seis horas do início dos sintomas agudos, mas também pode ser feito até 24 horas após o início dos sintomas caso os exames de imagem mostrem tecido cerebral não danificado (European Stroke Organisation, 2024). Os objetivos do tratamento da pessoa com AVC incluem a estabilização clínica imediata, a prevenção de complicações, a recuperação funcional máxima possível e a capacitação para o autocuidado e a reintegração na vida quotidiana.

De acordo com as orientações da CARE (CAse REport) Checklist (Anexo I), foi definido como objetivo principal: descrever as intervenções de Enfermagem de Reabilitação (ER) na capacitação com a pessoa após AVC, durante o processo de transição para a alta hospitalar. Como objetivos específicos, estabeleceu-se:

- (i) Identificar os principais focos de intervenção do EEER na capacitação com a pessoa após AVC;
- (ii) Elaborar um plano de intervenção de ER com a pessoa indo ao encontro das suas necessidades, expetativas e preferências;
- (iii) Avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação decorrentes das intervenções implementadas na capacitação com a pessoa após AVC;

I. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo, de natureza descritiva, foi conduzido através da metodologia de relato de caso, seguindo as diretrizes da *CAsE REport* (CARE) Checklist (Anexo I). Esta ferramenta, criada por especialistas e apoiada pela *Equator Network*, tem como objetivo promover a qualidade, a transparência e a relevância científica dos relatos clínicos, disponibilizando uma estrutura padronizada que contempla todos os elementos essenciais a incluir (Riley et al., 2017).

A elaboração do relato de caso clínico cumpriu integralmente os princípios éticos e legais aplicáveis, assegurando a dignidade, os direitos e a integridade da pessoa participante. Foi obtido o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Anexo II), de acordo com a Declaração de Helsinquia ((World Medical Association, 2013) e a Convenção de Oviedo (Conselho da Europa, 1997).

O relato de caso clínico incide sobre uma pessoa do género masculino, leucodérmica, com 84 anos de idade, internada no serviço de neurologia de uma Unidade Local de Saúde de Lisboa, na sequência de um AVC. A avaliação inicial e a recolha dos dados, foram realizadas no dia 11 de setembro de 2025. Para a colheita de dados recorreu-se à entrevista estrutura (Anexo III) ao filho (familiar de referência) e à consulta do processo clínico na plataforma SClínico.

Emigrante na Holanda, onde trabalhou como empresário fabril. Atualmente residia com o filho há 3 anos, desde o falecimento da esposa. Previamente independente nas AVD. Tem como antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, diabetes mellitus desde os 60 anos, sob antidiabético oral, e insulínica desde março 2024, neuropatia periférica, doença arterial periférica, doença renal crónica, dislipidemia, aneurisma da aorta abdominal, tromboembolismo pulmonar sem fator precipitante, trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo, gota, excesso de peso, hérnia do hiato e patologia osteoarticular degenerativa com coxartrose, gonartrose e espondilartrose. Sem alergias medicamentosas conhecidas.

No seu estado habitual de saúde até às 4h de dia 08/09/2025, tendo-se levantado bem para ir à casa de banho. Ao acordar pelas 8h, apresentava perturbação da expressão verbal e diminuição da força no hemitórax direito, pelo que foi transportado a um serviço de urgência geral. À entrada admitido AVC isquémico menor agudo do hemisfério esquerdo sem indicação para trombólise por apresentar janela temporal limitante e sem indicação para trombectomia por ausência de oclusão intracraniana (Score 1 na National Institute of Health Stroke Scale – NIHSS

1). Transferido para serviço de neurologia para estabilização clínica e vigilância. À chegada encontrava-se vigil, orientado em todas as dimensões, colaborante, com apagamento do sulco nasogeniano direito, com discurso fluente sem parafasias, repetia, nomeava, cumpria ordens simples e complexas, sem disartria, sem extinção sensitiva ou visual, sem anosognosia, prova de braços esticados e *Mingazzini* sem desvio nem queda com força muscular grau 5 em todos os segmentos, sem alterações da sensibilidade algica, sem ataxia, pupilas isocóricas, sem alterações nos campos visuais por confrontação, sem oftalmoparesias, sem nistagmo ou desvio oculo-cefálico, com parésia facial central ligeira à direita. Na noite de 10/09/2025 foi encontrado pela equipa de enfermagem com agravamento de défices neurológicos: afasia e hemiparesia à direita, cumpria ordens simples de apertar as mãos, desvio óculo-cefálico esquerdo com alcance da linha média, hemianopsia homónima direita, parésia facial central direita, hemihipoestesia direita e anartria (NIHSS 18). Ativada Via Verde AVC e realizada trombectomia por oclusão da artéria carótida interna extracraniana e da MI esquerda, reveladas em tomografia axial computadorizada e angiografia. Não realizou trombolise por apresentar trombocitopenia. Teve alta hospitalar no dia 10 de Outubro para uma unidade residencial para idosos, para aguardar vaga numa Unidade Média Duração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

No âmbito da pessoa com AVC, o EEER constitui um elemento essencial na equipa multidisciplinar, dada a complexidade das suas sequelas. A intervenção inicia-se com uma avaliação sistemática e abrangente da funcionalidade, incluindo mobilidade, força, equilíbrio, coordenação, deglutição, comunicação, cognição e capacidade para realizar atividades de vida diária. Para a avaliação inicial foram selecionados os seguintes instrumentos de avaliação, específicos e validados para a população portuguesa: Índice de *Barthel*, *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), Escala *Medical Research Council* (MRC), Escala de Equilíbrio de *Berg*, *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), Escala de Coma de *Glasgow*, Escala *Ashworth* Modificada, *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) e a Escala Visual Analógica (EVA). A seleção dos instrumentos de avaliação deve garantir que estes são válidos para medir a função em estudo e que apresentam níveis adequados de fiabilidade, assegurando consistência nos resultados. Paralelamente, devem revelar sensibilidade suficiente para detetar alterações clínicas relevantes, permitindo monitorizar de forma rigorosa a evolução da pessoa ao longo do processo de reabilitação (Sousa et al., 2023).

A avaliação neurológica incluiu o estado de consciência e a orientação, a memória, a atenção, a linguagem (fluência, compreensão, nomeação, repetição) e a avaliação dos pares cranianos. A pessoa apresentava-se vigil, com capacidade para cumprir ordens simples, embora com perseveração evidente. Atenção captável e mantida. No domínio da linguagem, constatou-se a presença de afasia global, com discurso impercetivo, o que impossibilitou a avaliação da orientação e das diferentes dimensões da memória. Na avaliação dos pares cranianos, identificaram-se alterações ao nível do II par craniano (ótico), traduzidas por hemianopsia homónima direita inferida pela ausência de reflexo à ameaça visual, do V par craniano (trigêmeo), evidenciado por hipoestesia do hemicorpo direito, incluindo os três ramos do território facial (oftálmico, maxilar e mandibular); do VII par craniano (facial), com paresia facial central direita; e do VIII par craniano (vestibulococlear) manifestado por alterações no equilíbrio estático e dinâmico. Esta abordagem estruturada permitiu obter uma caracterização abrangente e objetiva do estado neurológico do doente, servindo de base para a identificação dos défices presentes e para a definição das intervenções de enfermagem de reabilitação mais adequadas.

A avaliação da funcionalidade foi concretizada através da aplicação do Índice de *Barthel*, instrumento que avalia o grau de independência da pessoa na realização de dez AVD. Uma pontuação de 0 indica dependência total em todas as AVD avaliadas e a pontuação máxima de 100 traduz independência total na realização dessas mesmas AVD. (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2016). Na avaliação apresentou um score de 15 (dependência elevada) (Anexo IV).

Para a avaliação da cognição selecionou-se o *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*, que permite avaliar de forma rápida e sensível as funções executivas, a capacidade visuoespacial, a memória, a atenção, a concentração, a memória, a linguagem, bem como a orientação temporal e espacial (OE, 2016). No entanto, não foi possível aplicar a *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* (Anexo V), porque apresentava afasia global com disartria severa.

O equilíbrio e o risco de queda foram avaliados através da Escala de Equilíbrio de Berg, que possibilita a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico de uma pessoa, assim como permite quantificar o risco de queda. Inclui 14 tarefas pontuadas de 0 a 4 pontos, sendo que zero é incapaz de realizar a tarefa e 4 realiza a tarefa de forma independente e segura, com score máximo de 56 pontos. De 0 e 20 pontos apresenta comprometimento acentuado do equilíbrio e elevado risco de queda, entre 21 e 40 pontos nível de equilíbrio moderado ou aceitável e risco

de queda médio, e entre 41 e 56 pontos bom equilíbrio e baixo risco de queda (OE, 2016). Foi aplicada no dia 15 setembro, uma vez que teve de cumprir repouso absoluto no leito por indicação clínica, e obteve-se um score de 15 (Anexo VI)

A avaliação da função motora foi realizada com recurso à Escala *Medical Research Council* e à Escala *Ashworth* Modificada. A Escala *Medical Research Council*, permite avaliar a força muscular de todos os segmentos corporais, através da resistência à mobilização ativa. Atribui um score de 0 a 5 (OE, 2016). Na prova de braços estendidos e na manobra de Mingazzini observou-se queda do membro superior direito e inferior, respetivamente, sem embate no leito, sugerindo défice motor significativo do hemisfério direito. Apresentava força muscular 5/5 em no hemisfério esquerdo, 3/5 no membro superior direito e 4/5 no membro inferior direito (Anexo VII). O score 3 representa o movimento ativo contra a gravidade, mas sem resistência adicional. O score 4 representa o movimento ativo contra gravidade e resistência moderada. O score 5 representa a força muscular normal, movimento contra resistência máxima. A Escala *Ashworth* Modificada, que avalia a espasticidade/tónus, permite quantificar o grau de resistência ao movimento passivo de uma articulação. Mobiliza-se passivamente o segmento corporal em toda a sua amplitude articular e classifica-se o nível de resistência observado. A escala varia entre 0 e 4, com subdivisão em 1+ (OE, 2016). Apresentava um score de 1 (aumento do tónus no início ou no final do arco do movimento) (Anexo VIII)

O estado de consciência foi avaliado através da Escala de Coma de *Glaxgow*, que avalia de forma rápida e objetiva o nível de consciência em pessoas com alterações neurológicas, pela análise das respostas oculares, verbais e motoras. A pontuação varia entre 3 e 15 pontos (Royal College of Physicians and Surgeons of *Glaxgow*, s.d). Apresentava um score de 12 (lesão moderada) (Anexo IX):

A Escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), avalia a deglutição e permite a deteção precoce da disfagia. Objetiva a identificação precoce do risco de aspiração e orienta no ajuste da alimentação oral. Inicia-se com a avaliação indireta da deglutição (estado de consciência, tosse e deglutição da saliva), e caso a pontuação seja 5 avança-se para a avaliação direta. Avalia-se a deglutição, a tosse, a sialorreia e a alteração da voz com alimentos semi-sólidos (água com espessante na consistência pudim, néctar e mel), líquidos (3, 5, 10, 20 e 50ml de água) e sólidos (pão seco) (OE, 2016). Na avaliação obteve-se um score de 20 (sem disfagia ou ligeira disfagia,

com risco mínimo de aspiração) (Anexo X). Embora a pessoa não apresentasse disfagia, a dieta que fazia era dieta mole hipoglicídica por falta de peças dentárias.

A NIHSS é uma escala padronizada para avaliar a gravidade do AVC, aplicada na fase aguda e ao longo do internamento. Avalia o nível de consciência, movimentos oculares, campos visuais, parésia facial, força no membro superior direito e esquerdo, força e sensibilidade, ataxia, sensibilidade, linguagem (afasia), disartria, extinção e inatenção (negligência). A pontuação varia entre 0 e 42 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior gravidade do AVC. É um dos instrumentos com maior validade e reprodutibilidade (Ação AVC, 2025). Foi aplicada no dia 11 de setembro e apresentou um NIHSS 18 (Anexo XI).

A dor foi avaliada com recurso à Escala Visual Analógica, que permite quantificar a intensidade da dor de forma subjetiva, permitindo monitorizar a evolução ao longo do tempo e avaliar a eficácia das intervenções. Solicitou-se à pessoa para selecionar na escala a intensidade da sua dor no momento da avaliação (Pereira, 2014). Apresentou-se sem dor (Anexo XII).

Com base na interpretação dos dados obtidos através dos instrumentos de avaliação aplicados, foi elaborado um plano de cuidados de ER ajustado às respostas humanas da pessoa, orientado para a recuperação da mobilidade, promoção do autocuidado e prevenção de complicações. Os principais focos de atenção identificados foram o movimento muscular e o equilíbrio corporal, por condicionarem a funcionalidade e a transição segura para a alta, e estão diretamente relacionados com a necessidade de intervenção na reeducação motora global e no treino da motricidade fina, uma vez que o défice de força, coordenação e estabilidade postural comprometem a realização autónoma das AVD. Neste sentido, para a construção do plano de cuidados individualizado, apresentado na tabela 1, recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2015 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016) e ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015), permitindo assegurar uma prática padronizada, cientificamente fundamentada e orientada para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. As intervenções de ER foram planeadas para melhorar a capacidade funcional e prevenir complicações decorrentes da imobilidade, respeitando os objetivos e preferências da pessoa. A reabilitação deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 48 a 72 horas após o AVC, período de maior plasticidade cerebral, embora esta se mantenha ao longo do tempo, permitindo ganhos funcionais mesmo em fases mais tardias (Menoita, 2012).

TABELA 1 - PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

11/09/2025 a 06/10/2025

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem
11/09/2025 Movimento muscular diminuído no hemisfério direito	- Movimento muscular aumentado no hemisfério direito	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a força muscular através da Escala Medical Research Council (MRC) - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos através das autoobiltações - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido no membro superior direito [em padrão anti-espástico, dos segmentos distais para os proximais, sem ultrapassar a amplitude articular: flexão/extensão dos dedos da mão, adução/abdução dos dedos mão, oposição do polegar, flexão/extensão do punho e direção radial e cubital, pronação/supinação do antebraço, flexão do cotovelo, flexão/extensão do ombro, rotação interna/externa do ombro, elevação/depressão e abdução/adução do ombro] - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido no membro inferior direito [em padrão anti-espástico, dos segmentos distais para os proximais, sem ultrapassar a amplitude articular: flexão/extensão dos dedos do pé, inversão/eversão tibial/pronação/dorsiflexão e flexão plantar, flexão/extensão do joelho e anca/rotacional, abdução/adução da anca, rotação interna/externa da anca e circundação] - Executar atividades terapêuticas [rotação controlada da anca, rolarmento para o lado afetado e para o lado sã, ponte, automobilização do membro superior e inferior, carga sensível no cotovelo, facilitação cruzada] - Executar exercícios de motricidade fina [manipulação de botões de diferentes tamanhos, transferência de objetos pequenos com pinça digital para caixa com orifício]

11/09/2025 Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular - Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular [automobilização do membro superior direito (entrelaçar os dedos das mãos com as palmas em contacto e levá-las acima da cabeça) e do membro inferior direito (colocar a perna não afetada por baixo da perna afetada e fazer a sua extensão/flexão)] - Ensinar sobre atividades terapêuticas [rolamento para o lado sã e afetado, rotação controlada da anca, ponte, automobilização do membro superior e inferior, carga sensível no cotovelo, facilitação cruzada] - Ensinar sobre a exercícios de motricidade fina
11/09/2025 Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	- Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular melhorada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [automobilização do membro superior direito (entrelaçar os dedos das mãos com as palmas em contacto e levá-las acima da cabeça) e do membro inferior direito (colocar a perna não afetada por baixo da perna afetada e fazer a sua extensão/flexão)] - Instruir sobre atividades terapêuticas [rolamento para o lado sã e afetado, rotação controlada da anca, ponte, automobilização do membro superior e inferior, carga sensível no cotovelo, facilitação cruzada] - Instruir sobre exercícios de motricidade fina - Treinar técnicas de exercício muscular e articular - Treinar atividades terapêuticas: oscilação pévica, ponte e rolarmento - Treinar exercícios de motricidade fina

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Caso Clínico - 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p>13/09/2025 Equilíbrio corporal comprometido</p>	<p>- Equilíbrio corporal melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar equilíbrio corporal [estático e dinâmico] (sentado e ortostático). - Monitorizar equilíbrio corporal através de escala [Escala de equilíbrio de Berg]. - Estimular a manter o equilíbrio corporal [pela correção postural]. - Executar técnica de treino de equilíbrio [facilitação cruzada, correção postural, exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em ortostatismo: sentado na cama com os mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão / sentado na cama com os braços estendidos para a frente - provocar ligeiro balanço nos ombros da pessoa para que esta consiga compensar o movimento; de pé com os braços ao longo do tronco, de pé com braços estendidos e de pé com os olhos fechados; ao fundo da cama, fazer alternância de carga nos membros inferiores, com a colaboração do enfermeiro, flexão do joelho, flexão/estensão da coxofemoral, apoio unipodal, agachamentos, levantar e sentar sem apoio das mãos]. - Orientar na técnica de treino de equilíbrio.
<p>15/09/2025 Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal.</p>	<p>- Conhecimento sobre técnica de equilíbrio melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal. - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal [facilitação cruzada, correção postural, exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em ortostatismo: sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão / sentado na cama com os braços estendidos para a frente - provocar ligeiro balanço nos ombros da pessoa para que esta consiga compensar o movimento; de pé com os braços ao longo do tronco, de pé com braços estendidos e de pé com os olhos fechados; ao fundo da cama, fazer alternância de carga nos membros inferiores, com a colaboração do enfermeiro, flexão do joelho,

Marta Andrade - novembro 2025 - Escola Superior de Saúde Atlântica
20

Relatório de Caso Clínico - 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

		<p>flexão/estensão da coxofemoral, apoio unipodal, agachamentos, levantar e sentar sem apoio das mãos].</p>
<p>15/09/2025 Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</p>	<p>- Capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal melhorada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para executar técnica de treino de equilíbrio corporal, sentado e em ortostatismo. - Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [facilitação cruzada, correção postural, exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em ortostatismo: sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés apoiados no chão / sentado na cama com os braços estendidos para a frente - provocar ligeiro balanço nos ombros da pessoa para que esta consiga compensar o movimento; de pé com os braços ao longo do tronco, de pé com braços estendidos e de pé com os olhos fechados; ao fundo da cama, fazer alternância de carga nos membros inferiores, com a colaboração do enfermeiro, flexão do joelho, flexão/estensão da coxofemoral, apoio unipodal, agachamentos, levantar e sentar sem apoio das mãos]. - Treinar técnica de equilíbrio corporal

O plano de intervenção de ER foi aplicado maioritariamente no período da tarde, durante cerca de 30 minutos, numa 1 séries de 10 repetições, consoante a tolerância da pessoa e as suas preferências. Inicialmente, os exercícios foram realizados na posição de deitado, uma vez que se encontrava nas primeiras 24 horas após tromboctomia e cumpriu repouso absoluto no leito. Nesta fase a pessoa preferia a realização de atividades terapêuticas como o rolar, a rotação controlada da anca e a auto mobilização do hemitórax direito. Era posicionado em padrão anti-espástico, nos 3 decúbitos, dorsal, lateral para o lado afetado e lateral para o lado menos afetado (Menotta, 2012). Quando foi possível iniciar o levantar, os exercícios foram realizados também na posição de sentado e progressivamente na posição de pé.

Marta Andrade - novembro 2025 - Escola Superior de Saúde Atlântica
21

O AVC pode comprometer significativamente a autonomia da pessoa na realização das atividades de vida diária, dificultando o autocuidado. Assim, a reabilitação torna-se essencial, pois visa recuperar, manter ou desenvolver capacidades funcionais, facilitando a adaptação à nova condição de saúde, tornando-se mais evidente quando sustentada nos pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem, que valoriza a capacitação da pessoa para a gestão da sua própria saúde. Segundo este modelo, o autocuidado corresponde a uma ação deliberada que a pessoa inicia e executa para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001, citado por Queirós et al., 2014). Orem (2001), citada por Calado et al. (2020), defende que a enfermagem se justifica quando a pessoa não consegue satisfazer autonomamente as suas necessidades básicas, indispensáveis à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Nestes casos, o enfermeiro intervém para compensar, apoiar ou ensinar, promovendo a recuperação gradual da independência da pessoa. Esta perspetiva evidencia a importância de uma avaliação centrada na pessoa, permitindo identificar, de forma individualizada, as limitações e definir as intervenções mais adequadas, segundo os sistemas de enfermagem definidos por Orem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação.

O cuidado centrado na pessoa parte do reconhecimento de que cada indivíduo é único e possui características, necessidades e expectativas próprias. O *Fundamentals of Care Framework*, apresentado por Kitson (2018), entende o cuidado como um processo relacional, integrado e contínuo, no qual o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica com a pessoa, assegura a satisfação das suas necessidades fundamentais e atua em articulação com a equipa e a organização, promovendo cuidados seguros, humanizados e centrados na pessoa. Esta teoria defende que cuidar não se resume à execução de técnicas ou intervenções isoladas, mas implica uma abordagem que alinha a prática clínica com as necessidades, valores e expectativas da pessoa.

A *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2025)* considera a pessoa, a família/cuidador e a comunidade como parceiros ativos nos cuidados, defendendo que estes devem ser construídos com base nos valores, necessidades e prioridades da pessoa, promovendo a sua participação na tomada de decisão e na autogestão da saúde. A relação terapêutica, sustentada na confiança e comunicação empática, é central, configurando o cuidado como um processo colaborativo, contínuo e orientado para resultados que façam sentido para a pessoa, garantindo qualidade e continuidade ao longo do percurso.

O EEER é responsável por avaliar, planejar, implementar e monitorizar intervenções que promovam a funcionalidade e a autonomia da pessoa, prevenindo complicações decorrentes da limitação motora, sensorial, cognitiva ou respiratória. Compete-lhe realizar uma avaliação sistemática e abrangente da condição funcional, conceber planos de reabilitação individualizados baseados nas necessidades identificadas, executar intervenções terapêuticas específicas orientadas para a reeducação funcional e capacitar a pessoa e o cuidador para o autocuidado, assegurando a continuidade da reabilitação e a adaptação ao novo estado de saúde (Regulamento n.º392/2019).

No contexto da transição para a alta hospitalar, momento especialmente marcado por incerteza, vulnerabilidade, a intervenção do EEER torna-se essencial, ao capacitar a pessoa e a família para o autocuidado, promovendo a independência, a segurança e a adaptação progressiva ao novo estado funcional, favorecendo uma transição segura. A Teoria das Transições, proposta por Meleis, considera a transição como uma passagem entre dois estados de estabilidade, resultante de uma mudança significativa na saúde. Trata-se de um processo dinâmico que exige adaptação e pode representar um momento crítico para a pessoa e a família. (Sousa, Martins & Novo, 2020).

A Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2023) destaca que o processo de preparação para a transição entre contextos de cuidados deve ocorrer de forma colaborativa, envolvendo a pessoa de modo ativo na definição do plano de cuidados. Sempre que autorizado, é igualmente importante integrar a família ou cuidador, uma vez que estes assumem um papel essencial na continuidade e manutenção dos cuidados após a alta. A rede de suporte familiar constitui uma fonte valiosa de informação sobre o estado de saúde da pessoa e sobre as suas necessidades físicas, emocionais e sociais, contribuindo para uma decisão clínica mais adequada e centrada na pessoa. Além disso, o cuidador pode desempenhar um papel direto na prestação de cuidados no domicílio, como apoio às atividades de vida diária, administração de medicação, acompanhamento em consultas, monitorização de sinais de alerta e defesa dos direitos e interesses da pessoa, promovendo uma adaptação mais segura e sustentada ao novo contexto de vida.

2. RESULTADOS

Os instrumentos de avaliação foram aplicados nos dias 11/09, 20/09 e 01/10 de 2025. A avaliação do equilíbrio só foi possível no dia 15/09, uma vez que o levante esteve contraindicado até este dia. Os resultados obtidos encontram-se explanados na tabela II.

RESULTADOS OBTIDOS				
	Instrumento de avaliação	11/09 e 15/09	20/09	01/10
Funcionalidade	Índice de <i>Barthel</i>	15/100	30/100	55/100
Cognição	<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>	-	-	-
Força Muscular	Escala <i>Medical Research Council (MRC)</i> – Membro superior esquerdo	5/5	5/5	5/5
Força Muscular	Escala <i>Medical Research Council (MRC)</i> – Membro inferior esquerdo	5/5	5/5	5/5
Força Muscular	Escala <i>Medical Research Council (MRC)</i> – Membro superior direito	3/5	3/5	4/5
Força Muscular	Escala <i>Medical Research Council (MRC)</i> – Membro inferior direito	4/5	4+/5	4+/5
Espasticidade	Escala <i>Ashworth</i> Modificada	1	0	0
Equilíbrio Corporal	Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i>	15/56	25/56	33/56
Dor	Escala Visual Analógica	0	0	0

TABELA II - RESULTADOS OBTIDOS DA APLICAÇÃO DAS ESCALAS

Os resultados obtidos demonstraram a concretização dos objetivos definidos no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, refletindo uma evolução positiva no estado clínico da pessoa. Verificou-se uma melhoria progressiva nos diagnósticos de enfermagem previamente comprometidos, bem como ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, ainda que discretos, observados durante as diferentes sessões e confirmados na avaliação final.

No início da intervenção de ER, embora a pessoa se encontrasse vigil, apresentava afasia global, o que dificultava a realização dos exercícios de forma consistente, porque não compreendia

algumas orientações e não cumpria ordens complexas. No entanto, foi possível implementar o plano de cuidados nos dias de estágio.

Entre 11/09–15/09 e 01/10 verificou-se uma evolução funcional globalmente favorável, traduzida por melhorias consistentes nos diferentes domínios avaliados. No Índice de *Barthel*, observou-se um ganho de 40 pontos (15/100 → 55/100), que corresponde a uma transição de um estado de dependência elevada para um nível de dependência moderada. Na primeira avaliação a pessoa apresentava incapacidade para se alimentar de forma autónoma, assim como para fazer a sua higiene oral, necessitando de ser substituída. Na última avaliação apresentava dependência moderada para a alimentação e para escovar os dentes, necessitando apenas de supervisão e preparação do material. Esta evolução resultou sobretudo da recuperação da motricidade fina da mão dominante, inicialmente incapaz de realizar preensão funcional. Com a prática progressiva de exercícios específicos, passou a executar preensão palmar e tripode com dissociação digital adequada, permitindo segurar utensílios e realizar as tarefas, embora ainda com menor ritmo e destreza.

Na Escala de Equilíbrio de *Berg*, o aumento de 18 pontos evidenciou ganhos em saúde significativos no controlo postural, passando de comprometimento acentuado do equilíbrio e elevado risco de queda para equilíbrio corporal moderado e risco de queda médio (21–40). Esta evolução tem implicações diretas na segurança do doente durante as transferências, na marcha assistida e na realização de AVD, reforçando a importância do treino de equilíbrio como componente estruturante do programa de reabilitação.

Relativamente à força muscular, a avaliação pela Escala *Medical Research Council* (MRC) mostrou estabilidade dos segmentos do hemicorpo esquerdo. No hemicorpo direito, observou-se recuperação progressiva: no membro superior, a força passou de 3/5 para 4/5, evoluindo de movimentos apenas contra a gravidade para movimentos contra alguma resistência; no membro inferior, houve progressão de 4/5 para 4+/5, evidenciando maior capacidade contra resistência, embora ainda sem alcançar força máxima. Estes resultados traduzem ganhos motores compatíveis com o processo de reaprendizagem motora, favorecido pelo treino repetitivo e orientado para objetivos.

A espasticidade, avaliada pela Escala de *Ashworth* Modificada, regrediu de 1 para 0, demonstrando a ausência de hipertonía clinicamente detetável, o que favorece não apenas a

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

qualidade do movimento, mas também a eficácia do treino motor e a realização funcional das AVD. Importa ainda salientar que a dor, avaliada pela Escala Visual Analógica, manteve-se em 0 ao longo de todo o período, não se constituindo como barreira à participação ativa no processo de reabilitação. No domínio da cognição, o *MoCA* não foi aplicável, em virtude da afasia global previamente identificada, impossibilitando uma avaliação padronizada fiável desta função.

Dada a presença de afasia global, a avaliação cognitiva foi realizada recorrendo a instrumentos com reduzida dependência da linguagem, complementada por observação funcional durante a execução de AVD e utilização de comunicação alternativa, assegurando que os resultados refletiam capacidades cognitivas reais e não limitações comunicacionais.

No decurso da intervenção de enfermagem de reabilitação, constatou-se que a adesão da pessoa apresentava variações consoante o período do dia. Durante a manhã, raramente se mostrava recetiva à realização de exercícios, revelando cansaço, menor motivação e, por vezes, resistência à participação. Este comportamento pode estar relacionado com fatores intrínsecos, como fadiga matinal, alteração do humor ou dificuldades na adaptação à rotina hospitalar. Em contraste, durante a tarde verificou-se maior disponibilidade e empenho, traduzidos na realização mais eficaz de exercícios de fortalecimento muscular, mobilizações e treino de motricidade fina, assim como maior independência na realização de AVD, nomeadamente na alimentação e higiene oral. A adesão acrescida neste período sugere que a adequação do horário das intervenções às preferências e ritmos individuais da pessoa pode ter impacto positivo na motivação e no desempenho funcional.

Apesar desta evolução favorável, a pessoa manifestava, em algumas ocasiões, sentimentos de frustração perante a incapacidade de executar determinadas tarefas com sucesso. Essa reação emocional, frequente em pessoas após acidente vascular cerebral, reflete não apenas as limitações funcionais existentes, mas também o confronto com a perda da independência previamente vivida. Tal circunstância reforça a importância de estratégias de apoio emocional e motivacional, bem como do reforço positivo por parte da equipa de enfermagem, de forma a prevenir a desmotivação e a promover a continuidade do envolvimento no processo de reabilitação.

3. DISCUSSÃO

A evolução observada ao longo do processo de reabilitação confirma a evidência descrita na literatura, que reconhece a importância da intervenção de ER iniciada precocemente, estruturada e centrada na capacitação da pessoa e da família/cuidador. A incapacidade motora decorrente do AVC tende a manifestar-se no hemicorpo contralateral à lesão, comprometendo a realização de movimentos voluntários e o controle postural. Assim, a recuperação funcional depende tanto de processos espontâneos de reorganização neuronal como de processos de aprendizagem motora induzidos pelo treino. Nesta perspectiva, o plano de reabilitação adotado privilegiou atividades repetitivas, significativas e orientadas para a tarefa, estratégia que se alinha com modelos de reabilitação neuromotora, nos quais a prática intensiva e estruturada permite reforçar padrões motores mais ajustados (Takeuchi, 2013). Ao nível da força muscular, a pessoa apresentou uma recuperação progressiva no hemicorpo direito, ganho compatível com processos de reaprendizagem motora induzidos por treino repetitivo e orientado para atividades significativas. Este padrão é consistente com a evidência de que intervenções orientadas para a tarefa (prática intensiva do alcance/preensão) melhoram o desempenho do membro superior e a função global.

Os dados obtidos ao longo do processo de reabilitação demonstram que a mobilização precoce e progressiva desempenhou um papel determinante na recuperação motora da pessoa após o AVC. Os exercícios de mobilização, ajustados ao nível de participação da pessoa (ativos-assistidos e ativos-resistidos), permitiram preservar a amplitude articular, manter a flexibilidade e estimular a propriocepção, constituindo a base para a recuperação do esquema corporal e do equilíbrio corporal, e desta forma contribuir para a independência na realização das AVD. Estes ganhos iniciais foram essenciais para possibilitar, de forma segura, a transição do leito para o ortostatismo e, posteriormente, para o treino de marcha, corroborando o que é descrito na literatura (Rocha et al., 2020). A introdução precoce destes exercícios revelou-se particularmente relevante, uma vez que o estímulo proprioceptivo está associado ao aumento do fluxo sanguíneo no córtex sensoriomotor, favorecendo a neuroplasticidade, mecanismo central na reorganização funcional após a lesão (Menoita, 2012). Esta evidência fundamenta a opção por iniciar o treino o mais cedo possível, dentro de parâmetros clínicos seguros, reforçando a importância da intervenção oportunamente planeada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

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

De acordo com Kwakkel et al. (2023) a implementação de intervenções como as mobilizações, o treino de equilíbrio, o fortalecimento muscular progressivo e o treino funcional orientado para tarefas, iniciados nas primeiras 48 horas após o AVC, reflete a evidência que aponta para a eficácia de programas de reabilitação progressivos e centrados em objetivos. Esta abordagem mostrou-se fundamental para a melhoria observada na força muscular do hemicorpo afetado e para a evolução positiva do equilíbrio corporal, aspetos que se traduziram no aumento da autonomia funcional e na redução da dependência na realização de AVD. Os mesmos autores referem ainda que a melhoria funcional após um AVC decorre de dois mecanismos complementares: por um lado, a recuperação espontânea das funções corporais, mais evidente nas primeiras semanas de reabilitação, e, por outro, a aprendizagem de estratégias adaptativas que permitem compensar as limitações residuais e otimizar o desempenho motor. Esta combinação traduz-se na capacidade da pessoa reorganizar o movimento, recorrendo a padrões compensatórios quando necessário, de forma a manter ou recuperar a funcionalidade nas AVD, reforçando a perspetiva de que as intervenções de reabilitação motora têm como principal finalidade facilitar a aprendizagem e a adaptação funcional, através de planos de cuidados individualizados, orientados para objetivos e centrados nas expectativas da pessoa.

O treino de equilíbrio desempenha um papel fundamental na reeducação do controlo postural, contribuindo para a redução da espasticidade, bem como para a estimulação da musculatura e da sensibilidade do hemicorpo afetado. Para além disso, constitui uma etapa essencial na preparação da pessoa para o treino da marcha. Esta intervenção deve ser conduzida de forma progressiva, o mais precocemente possível, iniciando-se com exercícios de equilíbrio estático e evoluindo, de acordo com a tolerância da pessoa, para exercícios de equilíbrio dinâmico, incluindo atividades com ou sem deslocamento do centro de gravidade (Risca et al., 2020).

A implementação do plano de reabilitação resultou em ganhos progressivos, traduzidos no aumento da força muscular e na melhoria do equilíbrio, primeiro sentado e depois em pé, permitindo realizar transferências seguras para o cadeirão. Paralelamente, observou-se maior independência na alimentação e na higiene oral.

A capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e restrição da participação, baseia-se em dois focos de atenção: o conhecimento, que reforça a autonomia da pessoa, através da promoção da tomada de decisão informada e consciente sobre a sua condição de saúde, e a aprendizagem de capacidades, com vista a aumentar a independência nas AVD. Este processo

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

envolve não apenas a pessoa, mas também a família e o contexto social e laboral (Sousa et al., 2020). A participação ativa da família/cuidador favorece a continuidade dos ganhos da reabilitação, criando um ambiente de apoio que facilita a adaptação e a participação na vida diária. De acordo com Orem (2001), citado por Calado et al. (2020), a capacitação da pessoa implica que o enfermeiro realize uma avaliação global e sistemática das suas necessidades de autocuidado. Para intervir de forma efetiva, não basta mobilizar conhecimentos técnicos; é igualmente necessário reconhecer o saber e a experiência que a própria pessoa já possui sobre a sua condição. Compreender como ela interpreta a sua situação, que estratégias de autocuidado utiliza e até que ponto consegue atuar como agente do seu próprio cuidado permite ao enfermeiro definir intervenções ajustadas, que promovam a autonomia e o fortalecimento da capacidade de autocuidado.

A articulação entre o planeamento da alta e a continuidade de cuidados é essencial para assegurar a manutenção e consolidação dos ganhos em saúde alcançados durante o internamento, promovendo uma transição segura para a alta (Loureiro, 2020). A transição dos cuidados hospitalares para os cuidados na comunidade constitui um processo estruturado que exige coordenação e comunicação eficaz entre os diferentes níveis e serviços de saúde, garantindo que as necessidades da pessoa são adequadamente acompanhadas após a alta. Segundo Loureiro (2020), este processo deve iniciar-se no momento da admissão hospitalar, permitindo antecipar necessidades, identificar recursos e planear soluções de continuidade que se ajustem às características e condições de cada pessoa e família, reduzindo potenciais riscos associados ao regresso ao ambiente habitual. O plano de alta, enquanto instrumento dinâmico, deve ser continuamente revisto e ajustado, favorecendo a colaboração multiprofissional e promovendo o envolvimento ativo da pessoa e da família na tomada de decisão, valorizando conhecimentos, experiências prévias e expectativas. Segundo a Registered Nurses' Association of Ontario (2023), a transição para a alta hospitalar deve ser preparada desde o internamento, promovendo o desenvolvimento de competências motoras, cognitivas e psicossociais, de modo a otimizar a funcionalidade e reduzir a dependência nas Atividades de Vida Diárias. Neste caso, verificaram-se ganhos sensíveis aos cuidados de ER, com melhoria da força, equilíbrio, mobilidade e maior participação da pessoa no processo de recuperação. Estes resultados vão ao encontro de Menoita (2012), que destaca que a reaprendizagem motora e a reorganização neurofuncional são potenciadas por treino intensivo, sistematizado e orientado para objetivos.

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

O enfermeiro assume um papel central neste processo, uma vez que é responsável por assegurar que o plano de cuidados é individualizado, adequado às necessidades identificadas e orientado para fortalecer a autonomia da pessoa e a capacidade da família ou cuidador para prestar cuidados de forma segura e eficaz. A capacitação ou empoderamento da pessoa surge, deste modo, como objetivo fundamental da continuidade de cuidados na transição para o domicílio, promovendo não só a segurança e a adaptação ao contexto pós-alta, mas também a autonomia na gestão da própria condição de saúde. Este processo de empoderamento permite à pessoa desenvolver maior controlo e capacidade de decisão sobre as suas ações, reduzindo vulnerabilidades e favorecendo o alcance do seu máximo potencial de saúde (Melo, 2020).

O padrão temporal de adesão observado, em que a pessoa apresentava menor recetividade de manhã e maior empenho à tarde, pode ser explicado pela fadiga após ou e fatores contextuais, como a rotina hospitalar, o sono e o humor. Segundo a Intercollegiate Stroke Working Party (2023), é essencial realizar uma avaliação contínua da fadiga após o AVC e implementar medidas de gestão adequadas, ajustando o momento, a intensidade e o ritmo das atividades terapêuticas. Esta adaptação individualizada, fundamentada nos princípios da prática centrada na pessoa, favorece uma maior participação e motivação no processo de reabilitação, o que se evidenciou nos progressos funcionais alcançados.

Deste modo, a análise deste caso demonstra a relevância de integrar a dimensão subjetiva da experiência da pessoa – expectativas, frustrações e preferências – no planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação. De acordo com Torreno (2025), a recuperação após um AVC não se limita aos aspetos físicos, envolvendo um processo complexo de reconstrução pessoal e emocional. O AVC representa uma rutura na continuidade da vida, exigindo adaptação a novos limites físicos, cognitivos e emocionais. Sintomas menos visíveis, como fadiga e alterações cognitivas ou emocionais, podem ser subvalorizados, gerando frustração e isolamento, sobretudo quando existe afasia, que dificulta a comunicação e a participação nas decisões. A transição do hospital para o domicílio é frequentemente vivida como abrupta, levando os familiares a assumir cuidados exigentes sem preparação suficiente, aumentando a sobrecarga. No entanto, o apoio entre pares e o uso de tecnologias de reabilitação podem favorecer a adaptação, reforçar a esperança e apoiar a reconstrução da identidade ao longo do processo de recuperação. (Torreno, 2025).

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

Do ponto de vista formativo, este relato de caso clínico constituiu um momento estruturante no desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação. A intervenção realizada permitiu articular o conhecimento teórico com a prática clínica, valorizando uma atuação fundamentada, crítica e reflexiva. A prática possibilitou o aperfeiçoamento da capacidade de planejar intervenções progressivas e mensuráveis, adequadas às necessidades identificadas, bem como de estabelecer objetivos terapêuticos realistas e ajustáveis à evolução clínica. A necessidade de ajustar o plano de intervenção às limitações motoras, cognitivas, emocionais e contextuais da pessoa exigiu um exercício constante de análise clínica, tomada de decisão informada e reavaliação sistemática dos resultados, integrando escalas de avaliação validadas e dados clínicos objetivos na tomada de decisão, assegurando uma prática de Enfermagem de Reabilitação fundamentada, sistematizada e orientada para resultados em saúde.

Embora a pessoa tenha evoluído favoravelmente ao longo do internamento, objetivou-se como limitação o facto do EEER desempenhar grande parte das suas funções na prestação de cuidados gerais, por falta de recursos humanos, impossibilitando a realização diária e programada das intervenções de enfermagem de reabilitação. Esta limitação traduziu-se em sessões menos frequentes e, por vezes, interrompidas pelas exigências assistenciais do serviço. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é responsável por conceber, implementar, monitorizar e avaliar planos de reabilitação diferenciados, orientados pelas necessidades da pessoa no domínio da funcionalidade. Estes planos incluem intervenções de reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, alimentar, eliminatória e sexual, bem como o treino das atividades de vida diária.

Adicionalmente, a escassez de recursos materiais específicos, como bola suíça para treino de equilíbrio e controlo postural, espelho quadriculado para correção da imagem corporal e feedback visual, utensílios adaptativos para treino das AVD (ex.: talheres engrossados, copos anti-derrame, calçadeira longa), bem como materiais para estimulação cognitiva e treino da destreza manual (ex.: jogos, pinças, bolas de diferentes texturas e tamanhos), limitou a diversidade e progressividade dos exercícios. Estas condições dificultaram a implementação de planos de reabilitação mais intensivos, específicos e orientados para tarefas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso clínico evidenciou a importância das intervenções de enfermagem de reabilitação no processo de capacitação da pessoa após um acidente vascular cerebral, particularmente no período de transição para a alta. Através de uma avaliação neurológica sistemática, da aplicação de instrumentos padronizados e da análise das respostas humanas, foi possível identificar os défices presentes e definir diagnósticos de enfermagem que orientaram um plano de cuidados individualizado, centrado na pessoa e nos seus objetivos.

As intervenções realizadas, nomeadamente a reeducação funcional motora, o treino da motricidade fina, o treino de equilíbrio e a promoção das atividades de autocuidado, contribuíram significativamente para a recuperação da funcionalidade, para o aumento da autonomia nas AVD e para a redução do risco de complicações associadas à imobilidade. A evolução gradual observada reforça a relevância de uma abordagem estruturada, progressiva e orientada para tarefas com significado para a pessoa, valorizando o envolvimento ativo no processo de reabilitação.

Ao longo do internamento, tornou-se evidente que a capacitação não se limita ao desenvolvimento de competências motoras, mas integra igualmente dimensões emocionais, cognitivas e sociais, exigindo uma intervenção relacional e educativa, sustentada na comunicação terapêutica e no reforço da autoconfiança. Neste sentido, o enfermeiro de reabilitação assume um papel fundamental enquanto facilitador da adaptação, promotor da autonomia e mediador entre a pessoa, a família e a equipa de saúde, especialmente no contexto de preparação para a alta.

Assim, conclui-se que a reabilitação após AVC deve ser entendida como um processo contínuo, dinâmico e centrado na pessoa, no qual a intervenção de enfermagem de reabilitação é determinante para a promoção de ganhos em saúde, para a redução da dependência e para a melhoria da qualidade de vida. A transição para a alta representa, por isso, não um ponto final, mas um momento-chave de continuidade de cuidados, no qual a capacitação da pessoa e do cuidador se revela essencial para a manutenção dos progressos alcançados e para a prevenção de reinternamentos e complicações futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ação AVC. (2025). *Escalas de Avaliação em AVC – NIH*. Disponível em <https://www.acoavc.org.br/profissionais-de-saude/escalas-de-avaliacao-em-avc/escalas-de-avaliacao-em-avc>

American Stroke Association (2025). Stroke Risk Factors. Disponível em: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors>

Calado, M. Pedrosa, S., Amendoeira, J., Ferreira, R., Silva, M., (2020) Promoção do autocuidado à pessoa diabética tipo 2 na prevenção do pé diabético. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 8(1): 192-202. Disponível em:

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta.

Conselho da Europa. (1997). *Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (Convenção de Oviedo)*. Disponível em <https://rm.coe.int/168007c198>

Das, A. & Singh, I., (2021). How to write a case report? *Indian Dermatology Online Journal*. 12(5). pp. 683-686.
DOI:10.4103/2229-5178.325856

Direção Geral da Saúde (2017). Norma nº 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

European Stroke Organisation (2024). Guidelines on Acute Stroke. Disponível em <https://eso-stroke.org/guidelines/eso-guideline-directory/#acute-stroke>

European Stroke Organisation (2018). Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030. Disponível em <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

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

Figueiredo, A., Pereira, A., Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *HIGEIA. Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco*. 3 (1), pp. 35-45.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2024). *Estatísticas Demográficas – 2023*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Intercollegiate Stroke Working Party (2023). National Clinical Guideline for Stroke. Royal College of Physicians. Disponível em: <https://www.strokeguideline.org>.

Jales, D., Neto, D., Silva, J., Gonçalves, Y., Barros, N., Moreira, R., et al. (2024). Avanços no Diagnóstico e Tratamento do Acidente Vascular Cerebral na Urgência: Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6 (12), pp. 315-327.
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p315-327>

Kwakkel, G., Stinear, C., Essers, B., Muncoz-Novoa, M., Branscheidt, M., Cabanas-Valdés, R., Lakiyevy, S., Lampropoulou, S., Luft, A.R., Marque, P., Moore, S.A., Solomon J.M., Swinnen, E., Turolla, A., Murphy, M.A., Verheyden, G. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *European stroke journal*. 8(4), 880-894.
DOI: 10.1177/23969873231191304

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

Loureiro, Ana Beatriz (2020). *A Enfermagem de Reabilitação e o planeamento da alta hospitalar*. Dissertação de Mestrado, orientada por Maria Manuela Martins. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Melo, P. (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.

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

Ministério da Saúde (2020). *Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2020*. Disponível em https://www.acess.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 85/2019, Série II. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

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

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

Pereira, R. (2014). *Clínica e Prescrição Farmacêutica*. Belo Horizonte: Autor.

Portugal Angels Nurse Task Force (2025). *Guia de Enfermagem do AVC*. Disponível em https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf

Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A., (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3): 157-163.
DOI: 10.12707/RIV14081

Registered Nurses' Association of Ontario (2025). *People-Centred Care*. Toronto.

Registered Nurses' Association of Ontario (2023). *Transições nas Cuidados e Serviços*. Toronto.

Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/2019, Série II.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 119/2015, Série II.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>

Riley, D., Barber, M., Kienle, G., Aronson, J., Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D., Sox, H., Werthmann, P., Moher, D., Rison, R., Shamseer, L., Koch, C., Sun, G., Hanaway, P., Sudak, N., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. & Gagnier, J., (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*. 89: 218-235

DOI: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026

Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., & Pestana, H. (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.

DOI: 10.33194/rper.2020.v3.s1.1.575

Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow (s.d). *The Glasgow Structured Approach to Assessment of the Glasgow Coma Scale*. Disponível em <https://www.glasgowcomascale.org/>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2023). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal*. Disponível em <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Caldeira, S. (2023). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In

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

Marques-Vieira, C. & Sousa, L., (Coordenadores). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp.113-121). Loures: Sabooks - Lusodidacta.

Sousa, L., Martins, M., Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 3(1), 64-69.

DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763

Takeuchi, N. & Izumi, S. (2013). Rehabilitation with Poststroke Motor Recovery: A Review with a Focus on Neural Plasticity. *Stroke Research and Treatment*. 2013(1), 1-13.

DOI: 10.1155/2013/128641

Torreno, F. (2025). Living After the Stroke: A Qualitative Meta-Synthesis of Patients' Lived Experiences and Policy Implications for Comprehensive Stroke Care (2000-2025). *Research Square*.

DOI: 10.21203/rs.3.rs-7716902/v1

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

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

ANEXOS

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XCVIII

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

ANEXO I - CARE (CAse REport) Checklist

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XXXIX

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

CARE CARE Checklist of information to include when writing a case report 

Topic	Item	Checklist Item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary topic followed by the words "case report"	
Key Words	2	2 or 3 key words that identify diagnosis or interventions in this case report, including "case report"	
Abstract (no references)	3a	Introductory: What is unique about the 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 (they 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	Type 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 lab or diagnostic and/or other test results	
	10c	Intervention adherence and feasibility (if relevant to assessment)	
	10d	Adverse and anticipated 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 the case report (without references) in a one paragraph conclusion	
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one or 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"/>

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

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 assinhe o consentimento.

Título do estudo: A Pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade UCC Mafra, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Nelson Guerra e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Dulce Ferreira.

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

Condições e financiamento: A sua participação no estudo descritivo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso implique qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo a análise dos dados é descritiva, estando 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 autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados.

Obrigada pela sua colaboração.

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Marta Isabel da Cruz Simões Andrade

Contacto telefónico: 919257076

Endereço de e-mail: marta.isandra@gmail.com

Assinatura/s: *Marta Isabel C. S. Andrade*

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assinou 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) a 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.sidsa.mta.made.pt/wp-content/uploads/2016/11/2003001declaraconsentimento.pdf>

² <http://www.esvff1.edu/ff01/01/0012003001010001.pdf>

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

**ANEXO II - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação em
investigação**

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XXI

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

ANEXO III – Guião de Entrevista – Relato de Caso Clínico em Enfermagem de Reabilitação (CARE Framework)

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XLIII

Guião de Entrevista – Relato de Caso Clínico em Enfermagem de Reabilitação (CARE Framework)

• **Objetivo geral:**

Recolher informação compreensiva e estruturada sobre o percurso clínico, funcional e emocional da pessoa em processo de reabilitação, de modo a descrever de forma objetiva e científica o caso clínico.

1. Identificação do participante e contexto

(CARE item: Patient information)

Objetivo: caracterizar a pessoa, o contexto clínico e a situação de saúde.

Perguntas orientadoras:

- Pode dizer-me a sua idade, sexo e situação familiar?
 - Qual era a sua ocupação antes do evento/doença que motivou a reabilitação?
 - Que diagnóstico clínico levou à necessidade de reabilitação?
 - Há quanto tempo ocorreu o evento (AVC)?
 - Qual era o seu estado funcional antes do evento, ou seja, quais eram as suas principais atividades diárias e papéis sociais?
-

2. História clínica e antecedentes relevantes

(CARE item: Medical, family and psychosocial history)

Objetivo: identificar condições pré-existentes, fatores de risco e contexto psicossocial.

Perguntas:

- Tinha alguma doença ou limitação física antes deste evento?
 - Faz algum tipo de medicação para doença crónica?
 - Há antecedentes familiares relevantes (ex.: doenças neuromusculares, ortopédicas)?
 - Como descreveria o seu apoio familiar e social atual?
 - Há hábitos de vida que possam influenciar a sua recuperação (tabaco, álcool, exercício, alimentação)?
-

3. Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação

(CARE item: Clinical findings and timeline)

Objetivo: descrever a condição inicial e o impacto funcional.

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

Perguntas:

- Quais eram as principais dificuldades que sentiu após o evento (cognição, nível de independência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, espasticidade, força muscular, equilíbrio estático e dinâmico, marcha, deglutição, consciência, dor)?
 - 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 (treino de marcha e equilíbrio, exercícios de força, treino do autocuidado, treino de motricidade fina, treino cognitivo)?
 - 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)?
-

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

- O que acha dos resultados obtidos? (cognição, nível de independência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, espasticidade, força muscular, equilíbrio estático e dinâmico, marcha, deglutição, consciência, dor)?
 - 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 Helsinquia e a convenção de Oviedo).
-

B. 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.
-

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

ANEXO IV - Índice de Barthel

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XLVII

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

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 órteses).....	<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 clisteros.....	<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	15

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

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contínente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Contínente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

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

ANEXO V - *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
L

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

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA - 7.1 VERSÃO ORIGINAL

Nome: _____ Idade: _____
 Gênero: _____ Data de Nascimento: _____
 Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

USO-ESPACIAL / EXECUTIVA						Copiar o cubo Desenhar um Relógio (orelha e dor) (3 pontos)		Pontos		
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			/5	
NOMEAÇÃO								Pontos		
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			/3	
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras. O sujeito deve repetir as palavras após 5 minutos.		Boca	Linho	Igreja	Cravo	Arul	Sem Pontos (0)	
1º minuto [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 2º minuto [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
ATENÇÃO		Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência. [] 2 1 8 5 4		O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [] 7 4 2				Pontos		
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			/2	
		Leia a soma de letras (1 letra=agosto). O sujeito deve ler com a mão esquerda que lê a e a letra A. Não se atribuem pontos se o erro.		[] FBACMNAAIKLBFAKDEAAAJAMOFAB				Pontos		
Subtraia de 7 em 7 começando em 100. [] 95 [] 86 [] 79 [] 71 [] 65		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			/3	
LINGUAGEM		Responda: Eu sou sei que hoje devo ir ao trabalho. [] O que eu estou fazendo sempre que eu vou ao trabalho. []						Pontos		
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			/2	
		Realize verbal: Dizer o maior número possível de palavras que começam pela letra "P" (1 minuto). [] _____ (N 2 11 pontos)						Pontos		
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			/1	
ABSTRAÇÃO		Semelhança p.ex. entre banana e laranja - fruta [] cerebolo - bicicleta [] relógio - rigue						Pontos		
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []			/2	
EVOCÇÃO DE FRASE		Deve recordar as palavras SEM PISTAS		Boca	Linho	Igreja	Cravo	Arul	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []								
Opional		Pista de categoria								
		Pista de escolha múltipla								
ORIENTAÇÃO		[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Localidade								
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		/6
© Z. Nasreddine MD		Escrito por: _____								
								TOTAL /30		

Versão Portuguesa: Freitas S., Santos M. R., Santos L., Marques C. & Nasreddine Z. (2012). Montreal Cognitive Assessment (MoCA) - Versão 1. Centro e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Fonte: <https://pdfcoffee.com/moca-test-portuguese-pdf-free.html>

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

ANEXO VI - Escala *Medical Research Council*

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
LII

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

Muscle		Score 0 - 5	MRC scale for muscle strength (0-5)
Shoulder abductors	Left	5	Grade 5: Normal
	Right	3	
Elbow flexors	Left	5	Grade 4: Movement against gravity and resistance
	Right	3	
Wrist extensors	Left	5	Grade 3: Movement against gravity over (almost) the full range
	Right	3	
Hip flexors	Left	5	Grade 2: Movement of the limb but not against gravity
	Right	4	
Knee extensors	Left	5	Grade 1: Visible contraction without movement of the limb (not evident for hip flexors)
	Right	4	
Foot dorsiflexors	Left	5	Grade 0: No visible contraction
	Right	4	
Total (out of 60)			MRC grade for each muscle given in full numbers: (4+4.5 +3) (5+4)

Fonte: <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no->

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

ANEXO VII – Escala Equilibrio de Berg

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
LIV

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

Nome - XXXX _____ Idade 84

Sexo M _____ Data 15/09/2025 _____

Instituição XXX _____ Avaliador _____

DESCRIÇÃO DOS ITENS - Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé 1
2. Ficar em pé sem apoio 1
3. Sentado sem apoio 3
4. Da posição de pé para a posição de sentado 3
5. Transferências 1
6. Ficar em pé com os olhos fechados 0
7. Ficar em pé com os pés juntos 0
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado 0
9. Apanhar um objeto do chão 1
10. Virar-se para olhar para trás 2
11. Dar uma volta de 360 graus 0
12. Colocar os pés alternadamente num degrau 0
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro 1
14. Ficar em pé sobre uma perna 2

TOTAL 15

Score Total (Máximo = 56)

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 Alka Maria Martins Mourão e Rogério Paulo Joaquim Salvador. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Leiria.

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

ANEXO VIII - Escala *Asiworth* Modificada

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
LVI

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

Avaliação do grau de especificidade:	
Grau 0	Tempo normal
Grau 1	Alteração do tempo de duração de alguns movimentos
Grau 2	Alteração do tempo em <u>capacidade</u> de início de movimento, mobilidade por forças ativas e seguras por condições externas
Grau 3	Movimento do tempo em <u>capacidade</u> de início de movimento
Grau 4	Falta de flexão e extensão e movimento para a flexão
Grau 5	Falta de qualquer flexão ou extensão

Fonte: <https://escalasdefuncionalidade.com/ashworth>

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

ANEXO IX - Escala de Coma de *Glasgow*

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
LVIII

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

ESCALA DE GLASGOW					
ABERTURA DE OLHOS		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
-		1	Sem resposta	1	Sem resposta
-		2	Incompreensível	2	Extensão
1	Sem resposta	3	Inadequada	3	Flexão anormal
2	À dor	4	Confusa	4	Retirada à dor
3	Ao estímulo verbal	5	Orientada	5	Localiza a dor
4	Espontaneamente	6		6	Obedece a ordens
				TOTAL	12

Fonte: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf

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

ANEXO X - Gugging Swallowing Screen (GUSS)

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
LX

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

GUSS
(Gugging Swallowing Screen)

Data: ____/____/____

1. Investigação Preliminar

Vigília (o paciente deve estar acordado e alerta) (0-2 pontos)	0	2
Taxa voluntária de deglutição (o paciente deve tomar ou pagar o líquido voluntariamente)	0	2
Degradação de saliva		
- Ingestão oral	0	2
- Saliva controlada	0	2
- Alteração da qualidade vocal	0	2
Total	0	10

Interpretação dos resultados: 7-8: realizar investigação instrumental
9: Condição estável (sem 2)

2. Teste de Deglutição (previdência: água, Aguar-se uma resposta forte até uma resposta de reflexo gástrico)

Avaliar no seguinte orden:	GROSSO		
	Sólido	Líquido	Bolho
<p>Observar (o volume de líquido ou quantidade de sólido) ingerido, a presença de resíduos e a presença de regurgitação</p> <p>Deglutição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deglutição preservada - Deglutição alterada - Deglutição ausente <p>Taxa voluntária (sem resposta ou resposta por 1 minuto)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sim - Não <p>Bolho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sim - Não <p>Alteração da qualidade vocal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sim - Não 	<p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p>	<p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p>	<p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p> <p>0 1 2</p>
Total	0	0	0
Interpretação dos resultados:	0-4: realizar investigação instrumental; 5-6: Condição estável; 7-8: Condição estável	0-4: realizar investigação instrumental; 5-6: Condição estável; 7-8: Condição estável	0-4: realizar investigação instrumental; 5-6: Condição estável; 7-8: Condição estável

CONCLUSÃO:

Investigação Preliminar e Teste de Deglutição: 20 (20)

WASS
(Willing Swallowing Screen)

WASS - AVALIAÇÃO E RECOMENDAÇÕES

Resultado	Interpretação	Recomendações
00	Resposta correta, porém a saliva não é ingerida	<ul style="list-style-type: none"> - Observar - Repetir teste
10-15	Resposta correta e ingestão voluntária, porém não há controle	<ul style="list-style-type: none"> - Observar - Repetir teste voluntariamente (7- ingestão de todo o líquido) - Realizar Teste de Fala
16-18	Resposta correta, porém não há ingestão	<ul style="list-style-type: none"> - Observar - Iniciar de imediato com a ingestão - Realizar investigação instrumental e determinar qual o elemento - Realizar Teste de Fala
19-22	Resposta incorreta, porém há ingestão voluntária	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar com Fala - Realizar investigação instrumental e determinar qual o elemento - Realizar Teste de Fala

Fonte: <https://doi.org/10.1016/j.was.2010.06.002>

Fonte: https://www.researchgate.net/publication/317345681_Gugging_Swallowing_Screen_-_Portuguese_version_2

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

ANEXO XI - *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
LXII

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



**NIH
STROKE
SCALE**

Identificação do Paciente
 Nome: _____
 Registo: _____
 Exame feito em: Data: ____/____/____

Item/Descrição	Definição de Escala	Ponto	Data
<p>1a. Atenção de Consciência O examinador deve verificar se o paciente responde verbalmente a perguntas simples e se responde a perguntas por gestos simples. O paciente deve responder verbalmente a perguntas simples e responder a perguntas por gestos simples.</p>	<p>0 = Responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. 1 = Não responde verbalmente a perguntas simples e não responde a perguntas por gestos simples. 2 = Responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples.</p>		
<p>2a. Resposta de Atenção de Consciência O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples.</p>	<p>0 = Responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. 1 = Não responde verbalmente a perguntas simples e não responde a perguntas por gestos simples.</p>		
<p>3a. Conhecimento de Nome de Consciência O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples.</p>	<p>0 = Responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. 1 = Não responde verbalmente a perguntas simples e não responde a perguntas por gestos simples.</p>		
<p>4. Memória de curto prazo O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples.</p>	<p>0 = Responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. 1 = Não responde verbalmente a perguntas simples e não responde a perguntas por gestos simples.</p>		
<p>5. Atenção O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples.</p>	<p>0 = Responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. 1 = Não responde verbalmente a perguntas simples e não responde a perguntas por gestos simples.</p>		
<p>6. Atenção O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. O paciente responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples.</p>	<p>0 = Responde verbalmente a perguntas simples e responde a perguntas por gestos simples. 1 = Não responde verbalmente a perguntas simples e não responde a perguntas por gestos simples.</p>		

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

ANEXO XII -Escala Visual Analógica

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
LXV

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



Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-43-Escala-Visual-Analogica-EVA_fig3_362504351

Apêndice VIII: A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto Comunitário: Relato de Caso
Clínico



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

1º Ano - 2º Semestre

Unidade Curricular: Estágio de Reabilitação na Comunidade

A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto Comunitário: Relato de Caso Clínico

Elaborado por

Marta Isabel Andrade (nº estudante-200827050)

Regente do Estágio

Professora Sandy Severino

Professor Orientador

Professor Doutor Nelson Emidio Henrique Guerra

Enfermeiro Supervisor

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Dulce Ferreira

Barcarena

Junho 2025

Escola Superior de Saúde Atlântica

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

1º Ano - 2º Semestre

Unidade Curricular: Estágio de Reabilitação na Comunidade

A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto Comunitário: Relato de Caso Clínico

Elaborado por

Marta Isabel Andrade (nº estudante-200827050)

Regente do Estágio

Professora Sandy Severino

Professor Orientador

Professor Doutor Nelson Emidio Henrique Guerra

Enfermeiro Supervisor

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Dulce Ferreira

Barcarena

Junho 2025

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho

LISTA DE SIGLAS

AVD - Atividades de vida diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

MRC - Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Introdução: A pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário é uma intervenção antecipada que, nos cuidados de enfermagem de reabilitação, visa otimizar a condição funcional, psicológica e nutricional da pessoa, promovendo uma recuperação mais eficaz no pós-operatório.

Objetivos: Descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário, identificando os domínios em que atua e reconhecendo os contributos dessa intervenção para a preparação da pessoa envelhecida para a cirurgia.

Metodologia: Estudo descritivo com base em relato de caso de uma utente de 85 anos, integrada num programa de pré-habilitação pré-cirúrgica no domicílio devido a luxação de prótese da anca, com três sessões semanais de 90 minutos, com monitorização dos sinais vitais, avaliação da respiração, avaliação força muscular e autocuidado através de instrumentos válidos.

Resultados: A intervenção de pré-habilitação pré-cirúrgica no domicílio promoveu ganhos em saúde na utente na funcionalidade, autonomia e confiança, contribuindo para uma melhor preparação para a cirurgia e prevenção de complicações.

Conclusões: Este caso mostrou que a pré-habilitação pré-cirúrgica em domicílio promove ganhos em saúde e reforça o papel do EEER, especialmente em idosos. Contudo, limitações do estudo exigem mais investigação com amostras maiores e métodos robustos.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Idoso, Pré-habilitação pré-cirúrgica, Visita domiciliar.

ABSTRACT

Introduction: Pre-surgical prehabilitation in a community setting is an early intervention that, in rehabilitation nursing care, aims to optimize the functional, psychological and nutritional condition of the person, promoting a more effective recovery in the postoperative period.

Objectives: Describe the intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist in pre-surgical prehabilitation in a community setting, identifying the areas in which they work and recognizing the contributions of this intervention to preparing the elderly person for surgery.

Methodology: A descriptive study based on the case report of an 85-year-old woman who was part of a pre-surgical rehabilitation program at home due to hip dislocation, with three 90-minute sessions a week, monitoring vital signs, assessing breathing, muscle strength and self-care using valid instruments.

Results: The pre-surgical rehabilitation intervention at home promoted health gains in the user's functionality, autonomy and confidence, contributing to better preparation for surgery and prevention of complications.

Conclusions: This case showed that pre-surgical rehabilitation at home promotes health gains and reinforces the role of the EHEA, especially in the elderly. However, limitations of the study call for further research with larger samples and robust methods.

Keywords: Rehabilitation nursing; Elderly; pre-surgical prehabilitation; Home visit.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
2. RESULTADOS.....	22
3. DISCUSSÃO	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS.....	XXXIII
ANEXO I - CARE (CAsE REport) Checklist	XXXIV
ANEXO II - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação em investigação	XXXVI
ANEXO III - Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica.....	XXXVIII
ANEXO IV - Escala de <i>Barthel</i>	XL
ANEXO V - Escala <i>Medical Research Council</i>	XLIII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	16
Tabela II - Resultados obtidos da aplicação das escalas	23

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente trabalho enquadra-se na unidade curricular de Estágio de Reabilitação na comunidade, integrada no 3º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde Atlântica, e pretende dar resposta a um dos momentos de avaliação da mesma. Foi solicitada a realização de um relato de caso clínico, em contexto comunitário, que vise a análise de forma detalhada e sistematizada da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), junto de uma pessoa com necessidades específicas de cuidados especializados. Esta metodologia permite evidenciar o raciocínio clínico, a avaliação sistemática e a implementação de estratégias personalizadas, com o objetivo de promover ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

Neste sentido, o tema proposto para este relato caso clínico é a pré-habilitação pré-cirúrgica de uma pessoa envelhecida, do sexo feminino, referenciada pela equipa de gestão altas de uma unidade hospitalar e admitida na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), após ter sido submetida a artroplastia total da anca direita, por coxartrose, encontrando-se, atualmente, a aguardar nova intervenção cirúrgica por luxação da prótese. Ao centrar-se numa situação real e contextualizada, o presente relato permite refletir sobre a prática clínica especializada, bem como identificar os contributos da Enfermagem de Reabilitação na maximização do potencial funcional da pessoa. Desta forma, a questão norteadora definida para este relato é "Qual o impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pré-habilitação pré-cirúrgica da pessoa envelhecida, em contexto comunitário?". Seguindo a orientação da CARE (CAse REport) Checklist (Anexo I), definiu-se como objetivo principal descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pré-habilitação pré-cirúrgica da pessoa envelhecida, em contexto comunitário, e como objetivos específicos: identificar os domínios de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no contexto da pré-habilitação pré-cirúrgica no domicílio, e reconhecer os contributos da intervenção de enfermagem de reabilitação na pré-habilitação pré-cirúrgica.

No contexto da pré-habilitação pré-cirúrgica realizada na comunidade, salienta-se a relevância da intervenção atempada e individualizada do EEER, que atua na preparação física, funcional, respiratória e educativa da pessoa, contribuindo para uma recuperação mais eficaz após a cirurgia. Ao mesmo tempo, esta intervenção reforça o reconhecimento do EEER como o profissional qualificado para planejar, implementar e avaliar cuidados complexos, sustentados

na evidência científica e devidamente adaptados às necessidades e circunstâncias de cada pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A pré-reabilitação pré-cirúrgica surge como uma estratégia de intervenção antecipada, destinada a melhorar a capacidade funcional, clínica e emocional da pessoa, com o objetivo de a preparar para enfrentar de forma mais eficaz um evento clínico exigente, como uma cirurgia, contribuindo para uma recuperação mais rápida e eficaz no pós-operatório. O período pré-operatório representa uma oportunidade estratégica para implementar este tipo de intervenção, permitindo abordar questões como a limitação física, a desnutrição e a ansiedade. A finalidade é reduzir os efeitos adversos associados ao pós-operatório e facilitar o processo de recuperação, sendo a capacidade de retomar as atividades diárias de forma autónoma um fator essencial para o bem-estar dos doentes (Carli & Phil, 2020). Segundo os mesmos autores (2020), a pré-habilitação, inicialmente centrada no exercício físico para melhorar a capacidade funcional, evoluiu para uma abordagem multimodal da pessoa, incluindo o treino físico estruturado, o apoio nutricional, as estratégias para gestão da ansiedade e a cessação de hábitos nocivos. As intervenções devem ser personalizadas, combinando exercícios de intensidade moderada a vigorosa, ajustados à condição da pessoa, com especial foco no treino de resistência, para fortalecimento muscular, e em exercícios de equilíbrio e flexibilidade para a pessoa envelhecida.

Em populações envelhecidas ou com algum grau de dependência funcional, a implementação de programas de pré-habilitação em contexto comunitário tem demonstrado benefícios significativos, nomeadamente na melhoria da força muscular, da capacidade ventilatória, da autonomia nas atividades de vida diária, da literacia em saúde e na redução das complicações (D'Amico et al., 2025). A intervenção centrada na pessoa, realizada no domicílio, permite uma abordagem mais individualizada e ajustada às necessidades reais do utente, favorecendo a adesão e a continuidade dos cuidados. Neste contexto, destaca-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, cuja intervenção é fundamental na avaliação, planeamento e execução de estratégias terapêuticas adaptadas, com vista à maximização do potencial funcional da pessoa em preparação para a cirurgia (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), entre 2015 e 2023, verificou-se um acentuado envelhecimento da população residente em Portugal. A proporção de jovens com

menos de 15 anos diminuiu de 14,2% para 12,8%. Simultaneamente, a população em idade ativa, entre os 15 e os 64 anos, também registou uma redução, passando de 65,0% para 63,1%. Em sentido inverso, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos aumentou significativamente, de 20,9% para 24,1%, um crescimento de 3,2 pontos percentuais que evidencia o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da sociedade portuguesa. Como consequência direta desta evolução demográfica, o índice de envelhecimento – que expressa o número de idosos por cada 100 jovens – passou de 147,6 para 188,1, confirmando um agravamento do desequilíbrio entre gerações. Este fenómeno representa um dos maiores desafios sociais e económicos para o país nas próximas décadas. A Enfermagem de Reabilitação tem uma grande responsabilidade nestes desafios, uma vez que promove a autonomia das pessoas envelhecidas, trabalha para manter a funcionalidade e prevenir a independência e apoia as famílias e os cuidadores na gestão da doença e da incapacidade.

Em relação à esperança de vida em Portugal, entre 2021 e 2023, registou-se um ligeiro aumento, refletindo melhorias nas condições de vida e nos cuidados de saúde. À nascença, a esperança de vida foi estimada em 78,37 anos para os homens e 83,67 anos para as mulheres, valores que representam um acréscimo de 0,32 anos e 0,15 anos, respetivamente, face ao triénio anterior. Também aos 65 anos se verificaram progressos: os homens podiam esperar viver mais 18,00 anos e as mulheres mais 21,11 anos, o que correspondeu a um aumento de 0,24 anos para os homens e de 0,13 anos para as mulheres. Estes dados confirmam a tendência de envelhecimento da população e a progressiva melhoria da longevidade, ainda que com diferenças persistentes entre sexos. O índice de envelhecimento em Portugal era 188,1 idosos por cada 100 jovens em 2023, sendo as regiões do Centro e do Alentejo as mais envelhecidas (242,4 e 224,9, respetivamente) (INE, 2024). Ainda segundo o INE (2024), o envelhecimento demográfico é uma tendência comum na Europa e tem-se acentuado nas últimas décadas, sendo Portugal um dos países mais afetados. Entre 2014 e 2022, nos 27 países da União Europeia, registou-se uma redução da proporção de jovens (de 15,3% para 14,9, enquanto a proporção de idosos aumentou de 18,7% para 21,1%. Em 2022, Portugal apresentava uma das proporções de jovens mais baixas da UE (a terceira mais baixa) e uma das mais altas percentagens de população idosa, sendo o segundo país mais envelhecido, a seguir à Itália. Estes dados confirmam que Portugal está entre os países europeus com envelhecimento demográfico mais acentuado.

O envelhecimento é definido como um processo biológico, psicológico e social, dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações funcionais, estruturais e comportamentais que ocorrem ao longo do tempo, resultando em maior vulnerabilidade, diminuição da reserva funcional e aumento do risco de doenças e incapacidades. Neste sentido, não é apenas um fenómeno de declínio, mas envolve também potencial para adaptação, resiliência e manutenção do bem-estar, considerando fatores individuais, sociais e ambientais (Netto, 2002, citado por Ferreira et al., 2010, p.1066). Na prática de enfermagem, o envelhecimento é abordado de forma multidimensional, reconhecendo a heterogeneidade do idoso e a importância de intervenções que promovam a autonomia, a funcionalidade, a participação social e a qualidade de vida. Planos de ação, como o de envelhecimento ativo e saudável 2023-2026, definido pelo Governo no Relatório que acompanha o Orçamento do Estado de 2023, publicado na Lei n.º 24-D/2022, de 30 dezembro, constituem estratégias organizacionais para a criação de melhores condições de vida para todas as pessoas, promovendo a sua longevidade e qualidade de vida. Este Plano tem como principal objetivo preservar e recuperar a autonomia das pessoas, bem como melhorar a sua qualidade de vida, potenciando, ao mesmo tempo, as oportunidades sociais e económicas, que surgem numa sociedade em constante mudança, através da implementação de medidas e ações concretas, que preparem a sociedade para o seu inevitável envelhecimento populacional. A necessidade de um envelhecimento ativo e saudável, está igualmente refletida no Plano Nacional de Saúde 2030, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto, especialmente no objetivo estratégico que visa promover a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável, inserido no segundo desígnio: fomentar comportamentos, culturas e comunidades saudáveis. Similarmente, os Planos de Ação que integram a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação - Portugal + Igual (2023-2026), aprovados pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 92/2023, de 14 de agosto, incluem medidas direcionadas para a capacitação e valorização das pessoas idosas (Presidência do Conselho de Ministros, 2024).

O envelhecimento está intimamente associado ao desenvolvimento da fragilidade em pessoas envelhecidas, sendo esta uma condição multidimensional caracterizada por uma redução acentuada das reservas fisiológicas e da capacidade de resposta a fatores de stress físicos, emocionais ou sociais. À medida que o envelhecimento avança, ocorrem alterações cumulativas nos sistemas biológicos, incluindo a perda de massa muscular, a disfunção imunitária, as alterações metabólicas e o declínio cognitivo, que comprometem a homeostasia e aumentam a

vulnerabilidade a eventos adversos como quedas, hospitalizações, dependência e mortalidade (Hoogendijk, 2019).

A coxartrose, enquanto patologia degenerativa da articulação da anca, provoca dor crônica, rigidez e limitação dos movimentos, conduzindo frequentemente à redução da atividade física, o que contribui para o desequilíbrio, diminuição da resistência física e amplitude articular, perda de massa e força muscular (sarcopenia), um dos principais componentes da síndrome da fragilidade. A dor e rigidez, associadas à coxartrose, reduzem a marcha e os movimentos, favorecendo o sedentarismo. Afeta significativamente a funcionalidade, a mobilidade e a qualidade de vida da pessoa envelhecida. A abordagem deve ser multidisciplinar e centrada na pessoa, envolvendo programas de reabilitação, exercício físico personalizado, educação para o autocuidado, apoio psicossocial e, quando necessário, intervenção cirúrgica precedida por programas de pré-habilitação. Estas intervenções são fundamentais para travar o declínio funcional e promover a autonomia da pessoa (Mello et al., 2025). Os fatores de risco incluem idade, sexo feminino, obesidade, genética e lesão articular grave (Katz, J. et al., 2021). A artroplastia total da anca é considerada o tratamento de eleição na fase avançada da coxartrose, dada a sua eficácia na redução da dor e na melhoria da função articular. Este procedimento cirúrgico envolve a substituição da articulação coxofemoral por uma prótese composta por dois componentes: um femoral e outro acetabular, inserido no osso ílaco. A indicação para esta intervenção surge, geralmente, quando a dor e o sofrimento sentidos pela pessoa afetam de forma significativa a sua autonomia e a capacidade para desempenhar as atividades de vida diária (AVD). A limitação funcional associada à coxartrose tem sido amplamente associada a uma redução acentuada da qualidade de vida (Dias et al., 2021).

O conhecimento fisiopatológico é fundamental para garantir uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação baseada na evidência, orientada para a maximização da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa. Permite interpretar as alterações funcionais e estruturais do organismo resultantes de processos patológicos, traumáticos ou do envelhecimento, com impacto na mobilidade, autonomia e adaptação da pessoa à sua condição de saúde. Orienta o raciocínio do EEER, permitindo-lhe avaliar adequadamente as necessidades da pessoa, formular diagnósticos de enfermagem baseados nas suas respostas humanas e planejar intervenções fundamentadas na evidência científica, adaptadas à situação clínica e ao contexto de vida da pessoa.

I. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, com recurso a relato de caso, seguindo as orientações da CARE (CAse REport) Checklist (Anexo I), ferramenta desenvolvida por especialistas e apoiada pela Equator Network, destinada a melhorar a qualidade, transparência e utilidade dos relatos de caso clínicos. Fornece uma estrutura padronizada de todos os elementos que devem estar presentes num relato de caso (Riley et al., 2017). A sua realização respeitou integralmente os princípios éticos e legais aplicáveis, garantindo a salvaguarda dos direitos, da dignidade e da integridade da pessoa envolvida. Foi obtido o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação em investigação (Anexo II), conforme os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) e na Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (Convenção de Oviedo) do Conselho da Europa (1997), após submissão do Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica (Anexo III).

Decorreu entre 19 de maio e 18 de junho 2025, envolvendo uma pessoa do sexo feminino, 85 anos de idade, leucodérmica, com dependência moderada nas AVD e inserida num programa de pré-habilitação pré-cirúrgica por luxação de prótese da anca, após ter sido submetida a revisão de artroplastia total da anca direita em setembro 2024, por luxação da prótese. Encontrase a aguardar nova intervenção cirúrgica por luxação da prótese. É casada e tem duas filhas. Até à cirurgia prévia vivia com o marido no concelho de Sintra, mas desde que foi operada que reside com uma das filhas, num apartamento R/C, por necessitar de apoio nas AVD. Tem como antecedentes pessoais artrite reumatoide, insuficiência venosa, hipertensão arterial, taquicardia supra-ventricular, aterosomatose da artéria aorta, acidente vascular cerebral isquémico à direita (sem sequelas), cirurgia de colocação de prótese total da anca esquerda e direita em 2017 e 2019, respetivamente, por coxartrose. A medicação habitual inclui pantoprazol 20mg, tizanidina 2mg, AAS 150mg, losartan+hidroclorotiazida 100/12,5mg, metotrexato 2,5mg (6 comp/sábado), zolpidem, Beta-histina 16mg, tramadol/paracetamol 75/650mg, ácido fólico/ferro 1/90mg e flavoxato. Tem como alergias medicamentosas conhecidas a Doxiciclina.

Foi admitida na ECCI em março de 2025 para iniciar programa de reabilitação.

Uma vez que o início do estágio foi a 13 maio de 2025, a avaliação inicial e colheita de dados, a identificação dos diagnósticos de enfermagem, a definição de objetivos e o planeamento das intervenções foram feitos no dia 19 maio de 2025. A intervenção foi realizada em três sessões

semanais de 90 minutos, no domicílio da utente. Durante as sessões foram monitorizados os sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio e dor) e avaliadas as dimensões do autocuidado e a força muscular. A seleção dos instrumentos para avaliar determinada função deve basear-se na garantia de que constituem medidas válidas da função que se pretende estudar e apresentam níveis adequados de fiabilidade. Os resultados obtidos devem ser suficientemente sensíveis para detetar mudanças clínicas relevantes (Sousa et al., 2016). Neste sentido, os instrumentos selecionados foram a Escala de *Barthel* e a Escala *Medical Research Council*. A escala de *Barthel* avalia o nível de independência da pessoa na realização de 10 atividades de vida diária (Mahoney e Barthel, 1965, citado por Araújo et al., 2007). A escala *Medical Research Council* permite avaliar a força muscular dos segmentos corporais da pessoa, em relação ao máximo esperado para o músculo em questão, através da resistência à mobilização ativa (Medical Research Council, 1976). Na aplicação da Escala de *Barthel*, apresentava um score de 80 (dependência moderada) (Anexo IV), e na Escala *Medical Research Council* (MRC), apresentava força muscular 5/5 em todos os segmentos do membro inferior esquerdo e 4/5 em todos os segmentos do membro inferior direito (Anexo V). O score 4 representa o movimento articular completo contra uma combinação de gravidade e resistência moderada em todos os segmentos.

No exame físico a pessoa apresentava-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa, sem alterações na comunicação e sempre bem-disposta. Pele e mucosas ligeiramente descoradas e desidratadas. Com acessos de tosse produtiva e dificuldade em expelir as secreções. Sem sinais de dificuldade respiratória, com saturações de oxigénio periféricas superiores a 95% em ar ambiente. À auscultação pulmonar, presença de murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares bilateralmente e ausência de ruídos adventícios. Parâmetros arteriais e frequência cardíaca estáveis. Sem dor. Cicatriz operatória na anca direita com queloides. O membro inferior esquerdo apresenta importante artrose no joelho, que condiciona instabilidade na marcha. O membro inferior direito apresenta encurtamento, associado a luxação da prótese. Deambula com apoio de andarilho. Tem dificuldade em subir e descer escadas. Edema acentuado ao nível da perna bilateralmente, com alterações tróficas da pele, e rigidez articular ao nível dos joelhos.

Os diagnósticos de enfermagem de reabilitação foram identificados, atendendo às necessidades e respostas humanas apresentadas pela pessoa e para ir ao encontro das suas expectativas e

objetivos. Neste sentido, os diagnósticos de enfermagem definidos foram: expetorar ineficaz, movimento muscular diminuído no membro inferior direito e autocuidado comprometido, com dependência moderada (higiene, vestuário e transferir-se). Recorreu-se à linguagem CIPE versão 2015 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016), ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), e à ontologia de Enfermagem, disponível no site da Ordem dos Enfermeiros, para o desenvolvimento do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, que se encontra na tabela I. O número de séries e repetições foram ajustadas ao longo das sessões consoante a tolerância da pessoa, assim como a intensidade dos exercícios.

A condição clínica que motiva a necessidade de intervenção cirúrgica pode comprometer, de forma significativa, a autonomia da pessoa para realizar as AVD, interferindo na sua independência funcional e capacidade para manter o autocuidado. Considerando que o processo de pré-habilitação pré-cirúrgica tem como finalidade preservar ou melhorar o estado funcional da pessoa para a cirurgia, este assume particular relevância quando sustentado nos pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem. De acordo com este modelo, o autocuidado é uma função deliberada que as pessoas iniciam e realizam por si mesmas para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001, citado por Queirós et al., 2014). Assim, ao integrar os requisitos universais do autocuidado na intervenção pré-operatória, a pré-habilitação contribui para reforçar a capacidade da pessoa em desempenhar ações de autocuidado de forma autónoma, potenciando a sua preparação para a cirurgia.

Segundo Orem (2001) e citado por Calado et al. (2020), a enfermagem torna-se necessária quando existe um défice de autocuidado, ou seja, quando a pessoa não consegue, por si só, satisfazer as suas necessidades básicas para manter a saúde, o bem-estar e a vida. A prática de enfermagem justifica-se precisamente nessa relação entre o que a pessoa necessita (necessidades de autocuidado) e o que ela é capaz de fazer (ações de autocuidado). Quando essa capacidade está diminuída ou ausente, o enfermeiro intervém para suprir, apoiar ou ensinar, promovendo a recuperação da autonomia da pessoa. Esta abordagem valoriza uma avaliação centrada na pessoa, permitindo identificar de forma individualizada quais as limitações existentes e que tipo de intervenção é mais adequada, conforme os sistemas delineados por Orem (sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação).

TABELA I - PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

19/05/2015 a 18/06/2025

Diagnósticos da Enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
19/05/2025 Expetorar ineficaz em grau elevado	- Expetorar eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar o tórax - Avaliar o reflexo da tosse [frequência e eficácia] - Executar técnica de posicionamento [técnica de posicionamento para descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semicerrados)] - Executar cinesiterapia respiratória [exercícios respiratórios (abertura costal global com bastão, abertura costal seletiva direita e esquerda, técnica de vibrocompressão torácica, reeducação abdomino-diafragmática)] - Executar ciclo ativo de técnicas respiratórias 	<p>28/05/2025</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expetorar ineficaz em grau reduzido [Validada necessidade de ajuda para a mobilização e eliminação eficaz das secreções; Saturação de O₂ > 95%; ausência de ruídos adventícios na auscultação] <p>04/06/2025</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expetorar eficaz [Validada por diminuição e eliminação eficaz das secreções; Saturação de O₂ > 95%; ausência de ruídos adventícios na auscultação]

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensino da tosse dirigida - Incentivar a tossir - Incentivar a ingestão de líquidos - Incentivar expetorar - Vigiar a expetoração 	
19/05/2025	- Conhecimento sobre técnica respiratória, melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória - Ensinar sobre técnica respiratória 	28/05/2025
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória			- Conhece técnica respiratória

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

<p>19/05/2025</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica respiratória</p>	<p>- Capacidade para usar técnica respiratória melhorada</p>	<p>- Avaliar capacidade para usar técnica respiratória</p> <p>- Instruir sobre técnica respiratória</p> <p>- Treinar técnica respiratória</p>	<p>28/05/2025</p> <p>- Executa adequadamente técnica respiratória para expetorar</p>
<p>19/05/2025</p> <p>Movimento muscular diminuído no membro inferior direito (MRC: 4/5)</p>	<p>- Movimento muscular mantido</p>	<p>- Monitorizar a força muscular através [Escala <i>Medical Research Council</i> (MRC)]</p> <p>- Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos e ativos-resistidos [movimentos livres do membro inferior esquerdo]</p> <p>- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido do membro inferior direito, conforme tolerância e sem exceder o limite da amplitude articular [flexão/extensão dos dedos do pé, inversão/eversão tibiotársica, dorsiflexão/flexão plantar, abdução e adução da</p>	<p>28/05/2025</p> <p>- Movimento muscular diminuído [Validada por força muscular diminuída no membro inferior direito]</p> <p>- MRC: 4/5</p> <p>04/06/2025</p> <p>- Movimento muscular mantido [validada por força muscular mantida no membro inferior esquerdo e</p>

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

		<p>coxa (sem ultrapassar a linha média), flexão do joelho e coxofemoral ($\leq 90^\circ$), exercícios isométricos (abdominais, glúteos e quadríceps), atividades terapêuticas (oscilação pélvica, ponte, agachamentos)]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular ativo/resistido do membro inferior direito, conforme tolerância e sem exceder o limite da amplitude articular [flexão/extensão dos dedos do pé, inversão/eversão tibiotársica, dorsiflexão/flexão plantar, abdução e adução, flexão do joelho e coxofemoral] - Executar treino de subir e descer escadas - Incentivar a deambulação com andador - Incentivar a adesão ao regime de exercício muscular e articular ativo 	<p>melhorada no membro inferior direito]</p> <p>- MRC: 5/5</p> <p>18/06/2025</p> <p>- Movimento muscular mantido [validada por força muscular mantida no membro inferior esquerdo e melhorada no membro inferior direito]</p> <p>- MRC: 5/5</p>
--	--	--	---

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

<p>19/05/2025</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>- Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular melhorado</p>	<p>- Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</p> <p>- Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular [mobilizações ativas, exercícios isométricos (abdominais, glúteos e quadríceps); atividades terapêuticas (oscilação pélvica, ponte, agachamentos)]</p>	<p>28/05/2025</p> <p>- Conhece as técnicas de exercício muscular e articular</p>
<p>19/05/2025</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>- Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular melhorada</p>	<p>- Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</p> <p>- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [mobilizações ativas, exercícios isométricos (abdominais, glúteos e quadríceps); atividades terapêuticas (oscilação pélvica, ponte, agachamentos)]</p> <p>- Treinar técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>28/05/2025</p> <p>- Usa adequadamente as técnicas de exercícios musculares e articulares</p>

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

<p>19/05/2025</p> <p>Autocuidado comprometido, com dependência moderada (Higiene, vestuário, transferir-se)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado, melhorado - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado, melhorado 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado [Escala de Barthel] - Avaliar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado - Avaliar o conhecimento dispositivo auxiliar para o autocuidado - Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado - Incentivar o autocuidado - Assistir no autocuidado: higiene, vestir, transferir-se - Otimizar o ambiente - Providenciar material educativo - Ensinar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado - Instruir sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado - Treinar uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado 	<p>28/05/2025</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado comprometido com dependência moderada <p>04/06/2025</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado comprometido com dependência moderada. <p>18/06/2025</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado comprometido com dependência moderada
---	--	---	--

2. RESULTADOS

A intervenção realizada em contexto comunitário, no domicílio da pessoa, de caráter personalizado e centrada na pessoa, revelou-se determinante para o sucesso do programa de pré-habilitação pré-cirúrgica e evidenciou o impacto positivo deste tipo de abordagem na preparação da pessoa para a cirurgia, uma vez que promoveu uma maior adesão ao plano de intervenção, facilitada pela realização das sessões no domicílio, num ambiente familiar e confortável, e pela relação terapêutica de proximidade estabelecida com o enfermeiro especialista, potenciando a continuidade dos cuidados e o cumprimento das orientações fornecidas. Esta proximidade facilitou também o envolvimento ativo da pessoa e a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos, observada na correta execução dos exercícios propostos, no posicionamento seguro e na utilização adequada das ajudas técnicas, como o andarilho. Estes comportamentos demonstram que a pessoa integrou as aprendizagens transmitidas, transferindo-as com sucesso para o seu quotidiano.

A intervenção prática, aliada à educação para a saúde, contribuiu de forma significativa para o fortalecimento da autoconfiança e da literacia em saúde da pessoa. Estes aspetos foram determinantes para potenciar a sua capacidade para reconhecer sinais precoces de instabilidade articular e de adotar posturas corporais corretas, assim como para a sua preparação psicológica para o procedimento cirúrgico. A literacia em saúde, entendida como a capacidade de compreender, interpretar e aplicar informações relevantes para a gestão da própria saúde, mostrou-se um fator facilitador da autogestão e da tomada de decisão informada. Demonstrou ter adquirido competências para compreender as orientações dadas e integrá-las na sua rotina, com impacto direto na prevenção de complicações e na promoção de comportamentos seguros nas atividades de vida diária. Simultaneamente, observou-se uma redução significativa da ansiedade associada à cirurgia. A promoção do conhecimento sobre o que esperar no pós-operatório, aliada à aprendizagem prática de estratégias de posicionamento e mobilidade, traduziu-se num maior sentido de segurança e confiança nas suas ações.

Paralelamente, constatou-se uma melhoria significativa na gestão do regime terapêutico, visível na forma como a pessoa seguiu as orientações relativas à mobilidade, higiene, posicionamento e precauções específicas para a anca operada, com luxação da prótese, demonstrando capacidade para gerir os seus cuidados.

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

Os instrumentos de avaliação foram aplicados nos dias 28/05, 04 e 18/06, e os resultados obtidos encontram-se explanados na tabela II.

No decorrer do plano de intervenção apresentou melhoria ao nível do expetorar, mantendo sempre o murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares e ausência de ruídos adventícios à auscultação pulmonar.

A implementação de exercícios focados no fortalecimento muscular, mobilidade articular e treino da marcha contribuíram para o aumento da força muscular no membro inferior direito (Escala MRC: 4/5 para 5/5) e para a manutenção da capacidade funcional, permitindo manter a dependência moderada nas AVD, uma vez que tem luxação da prótese, e uma marcha estável com o apoio de andarilho. Esta preparação reduz a dependência no pós-operatório imediato, acelera a recuperação e diminui o risco de quedas, complicações musculoesqueléticas e tempo de internamento. A realização de exercícios respiratórios foi essencial para melhorar a limpeza das vias aéreas, promovendo um expetorar eficaz, permitindo à pessoa a eliminação de secreções de forma autónoma e eficiente, para prevenir complicações respiratórias no pós-operatório, como atelectasias ou pneumonias.

A intervenção do EEER mostrou-se fundamental na prevenção de potenciais complicações pós-operatórias, uma vez que os treinos motores e respiratórios possibilitam a redução do risco de infeções respiratórias, perda de massa muscular e imobilidade. Paralelamente, esta intervenção favoreceu o processo de capacitação da utente, tornando-a mais autónoma, participativa e informada sobre o seu percurso de cuidados.

RESULTADOS OBTIDOS			
Escalas	28/04	04/06	18/06
Escala <i>Medical Research Council</i> (MRC) – Membro inferior esquerdo	5/5	5/5	5/5
Escala <i>Medical Research Council</i> (MRC) – Membro inferior direito	4/5	5/5	5/5
Escala de <i>Barthel</i>	80	80	80

TABELA II - RESULTADOS OBTIDOS DA APLICAÇÃO DAS ESCALAS

3. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste relato de caso reforçam a importância da pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário, particularmente em situações de maior vulnerabilidade funcional, como é o caso da pessoa submetida a artroplastia total da anca com posterior luxação da prótese. A elevada adesão ao plano de intervenção reflete não só a adequação das estratégias implementadas, mas também a importância do acompanhamento individualizado por um EEER. Estudos recentes apontam para níveis de adesão superiores a 70% em programas realizados em casa, com benefícios acrescidos quando orientados por equipas multidisciplinares (Svingøy et al., 2023). Esta adesão tem sido amplamente reconhecida como um fator determinante para a eficácia dos programas de reabilitação e para a redução de complicações cirúrgicas, nomeadamente luxações protésicas, uma vez que a participação ativa no treino motor pode contribuir para o reforço da musculatura peri-articular e melhoria do controlo postural, reduzindo o risco de nova luxação, que está frequentemente associada a défices musculares (Punnoose et al., 2023; D'Amico et al., 2025).

A aplicação prática dos conhecimentos adquiridos pela pessoa durante as sessões, nomeadamente no posicionamento corporal, na execução correta dos exercícios ensinados e treinados, assim como o uso adequado de ajudas técnicas, vai ao encontro dos resultados descritos por Zdziechowski et al. (2024). Estes sublinham que a implementação de programas de pré-habilitação orientados para cirurgias ortopédicas, que envolvem educação estruturada, contribui para melhorias significativas na função motora e na autonomia da pessoa, assim como para o seu empowerment, reduzindo a ansiedade e promovendo uma postura mais ativa no processo de cuidados. A literacia em saúde facilita a compreensão e a gestão segura da sua condição no domicílio, logo a aplicação das recomendações no dia a dia evidencia-se nas alterações comportamentais, refletindo uma maior confiança na mobilização e autonomia no autocuidado (D'Amico et al., 2025). As intervenções educativas centradas na pessoa demonstraram reduzir a ansiedade, aumentar a autoeficácia e favorecer a adaptação ao regime terapêutico (Prema et al., 2025). A literatura tem demonstrado que intervenções educativas estruturadas, quando combinadas com treino físico e suporte psicossocial, favorecem a interiorização de comportamentos protetores, como a adoção de posições seguras e o uso adequado de ajudas técnicas, essenciais para a prevenção de novas luxações (Svingøy et al., 2025).

A intervenção da enfermagem de reabilitação contribuiu para o reforço da autogestão e para o envolvimento ativo da utente no seu processo de recuperação, aspetos que são considerados indicadores de qualidade dos cuidados centrados na pessoa (Punnoose et al., 2023).

Por fim, a melhoria da gestão do regime terapêutico foi visível na forma como a utente incorporou orientações relacionadas com a mobilidade, higiene, posicionamento e precauções específicas para a anca operada, com luxação da prótese. A literatura destaca que uma boa compreensão do regime terapêutico é essencial para prevenir complicações como luxações, infeções e perda funcional, reforçando a importância de intervenções educativas no período pré-operatório, com enfoque na literacia em saúde (Longo et al., 2023).

A implementação de um programa de pré-habilitação pré-cirúrgica, em contexto comunitário, adaptado às necessidades individuais, tem demonstrado benefícios significativos na promoção da funcionalidade e da capacidade respiratória da pessoa, contribuindo significativamente para a sua preparação para a cirurgia, promovendo uma maior adesão e eficácia (Klerk et al., 2023; Adebero et al., 2024). As intervenções multimodais, que combinam exercício físico, suporte nutricional e acompanhamento psicológico, têm sido associadas à redução de complicações pós-operatórias, diminuição do tempo de internamento e melhoria da recuperação funcional (Sadlonova et al., 2023; Punnoose et al., 2023). A realização de exercícios orientados para o fortalecimento muscular e melhoria da mobilidade permitiu à pessoa manter a capacidade de marcha, realizar transferências de forma segura e preservar a independência nas AVD. Estes resultados estão em consonância com a evidência disponível, que demonstra que a otimização da função física no período pré-operatório pode melhorar significativamente a velocidade de marcha, a força dos membros inferiores e a mobilidade funcional, sobretudo em populações idosas e com limitações prévias, contribui para a redução do tempo de recuperação funcional e para a diminuição da dependência no período pós-operatório, nomeadamente após artroplastia da anca (Svinøy et al., 2025; Klerk et al., 2023, Adebero et al., 2024). Estes ganhos têm repercussões diretas na autonomia para mobilizar-se no domicílio, usar ajudas técnicas e realizar transferências com segurança.

A implementação sistemática da pré-habilitação antes da cirurgia, em contexto comunitário, particularmente em populações vulneráveis, representa uma estratégia essencial para a promoção de ganhos em saúde, a redução de complicações pós-operatórias e a capacitação da pessoa para o autocuidado.

Segundo Orem (2001), citado por Calado et al.(2020) a capacitação da pessoa por parte do enfermeiro exige, antes de mais, uma análise global e sistemática das suas necessidades de autocuidado. Para intervir de forma eficaz, o enfermeiro deve mobilizar os seus conhecimentos científicos e competências técnicas, mas também considerar o conhecimento prévio da própria pessoa. É fundamental perceber que tipo de informações ela detém, como as interpreta e aplica, que comportamentos de autocuidado já adota, e de que forma age como agente do seu próprio cuidado. Só com esta compreensão integrada é possível planejar intervenções que respondam verdadeiramente às suas necessidades e promovam a sua autonomia.

A participação neste caso clínico permitiu-me desenvolver e aprofundar um conjunto de competências fundamentais na área da Enfermagem de Reabilitação. A planificação, execução e monitorização de um programa de pré-habilitação em contexto domiciliário exigiram a aplicação de conhecimentos científicos relacionados com a avaliação funcional e a reeducação motora e respiratória. A utilização de instrumentos como a Escala de *Barthel* e a Escala *Medical Research Council* reforçou a minha competência na avaliação objetiva da funcionalidade e na definição de objetivos terapêuticos personalizados. Adicionalmente, foram fortalecidas competências educativas, ao promover a literacia em saúde da utente e orientá-la para o processo cirúrgico, bem como competências relacionais, ao estabelecer uma relação terapêutica de confiança num contexto familiar. Esta experiência reforçou também a importância da adaptação dos cuidados ao ritmo e realidade da pessoa, princípio essencial na abordagem centrada na pessoa. Durante o processo, foram identificadas algumas dificuldades, nomeadamente ao nível da gestão do tempo da sessão, da adaptação dos exercícios à limitação funcional da pessoa, do desafio de manter a motivação constante da pessoa durante o programa e da recolha sistemática de dados. Para ultrapassar estes desafios, foram adotadas estratégias como a elaboração prévia de um plano de cuidados, o recurso a materiais pedagógicos adaptados, o reforço positivo durante os exercícios e a avaliação contínua com o apoio da supervisora clínica. Estas ações permitiram garantir a eficácia da intervenção e otimizar a qualidade do cuidar. A análise crítica deste caso evidenciou a importância da preparação e da capacidade de adaptação às especificidades do contexto domiciliário, contribuindo para uma prática mais reflexiva e segura. O contributo deste relato para a minha formação é inegável, uma vez que reforçou a minha identidade profissional, aprofundou o meu compromisso com práticas baseadas na evidência e sensibilizou-me para a relevância da enfermagem de reabilitação em contexto comunitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso demonstrou que a pré-habilitação pré-cirúrgica, quando realizada em contexto comunitário e centrada na pessoa, pode promover ganhos em saúde relevantes, especialmente em populações envelhecidas. Os resultados evidenciam uma evolução global positiva, destacando-se a melhoria da capacidade funcional, o aumento da autonomia e da literacia em saúde e a promoção da autoconfiança da pessoa face ao processo cirúrgico, o que reforça a eficácia dos programas de pré-habilitação antecipada, implementados em contexto comunitário antes da cirurgia. A intervenção realizada no domicílio revelou-se fundamental para a adesão ao plano, permitindo uma abordagem personalizada, contínua e ajustada ao contexto de vida da pessoa. Este caso destaca, assim, a relevância da atuação do EEER na pré-habilitação pré-cirúrgica, particularmente junto de populações vulneráveis e envelhecidas, sublinhando a importância da sistematização desta prática enquanto estratégia promotora de ganhos em saúde.

No entanto, importa reconhecer algumas limitações. Uma vez que os resultados obtidos dizem respeito a uma única pessoa, estes não permitem generalizar conclusões para outras populações, contextos clínicos ou tipos de cirurgia. O facto da análise se ter centrado apenas no período pré-operatório e não se ter avaliado o impacto da intervenção no pós-operatório, não permite afirmar com segurança que os ganhos obtidos antes da cirurgia se traduziram em melhor recuperação, menor tempo de internamento ou menor taxa de complicações, o que seria relevante para validar a continuidade dos benefícios. O contexto familiar e o ambiente físico da casa, pode ter influenciado positivamente os resultados, sem que os mesmos tenham sido descritos ou controlados, o que compromete a replicabilidade da intervenção noutros contextos com diferentes condições sociais ou habitacionais. Em muitos casos de pré-habilitação pré-cirúrgica, o tempo entre a inclusão no programa e a data da cirurgia é curto, podendo não ser suficiente para produzir mudanças clínicas significativas, especialmente em pessoas com elevado grau de fragilidade.

Este caso destaca a importância do EEER na preparação da pessoa para a cirurgia, em contexto comunitário, e reforça a necessidade de estudos futuros com maior robustez metodológica sobre a eficácia da pré-habilitação em diferentes populações e contextos, nomeadamente com metodologias quantitativas e estudos longitudinais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adebero, T., Omana, H., Somerville, L., Lanting, B. & Hunter, S., (2024). Eficácia da pré-reabilitação nos resultados após artroplastia total de joelho e quadril para osteoartrite: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. *Disability and Rehabilitation*, 46 (24): 5771–5790.

DOI: 10.1080/09638288.2024.2313128

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde pública*. 25, (2), pp. 59-66.

Calado, M. Pedrosa, S., Amendoeira, J., Ferreira, R., Silva, M., (2020). Promoção do autocuidado à pessoa diabética tipo 2 na prevenção do pé diabético. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 8(1): 192-202. Disponível em:

Carli, F., Phil, M., (2020). Prehabilitation for the Anesthesiologist. *Anesthesiology* 133(3): 645-652.

DOI: 10.1097/ALN.0000000000003331

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta.

Conselho da Europa. (1997). *Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (Convenção de Oviedo)*. Disponível em <https://rm.coe.int/168007c198>

Correia, M., (2024). O impacto da intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação no ensino peri-operatório na pessoa submetida a prótese total da anca. Tese de Mestrado, orientada por Cristina Mesquita. Escola Superior de Saúde Atlântica, Barcarena.

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

D'Amico, F., Dornio, S., Veronesi, G., Guarracino, F., Donadello, K., Cinnella, G., et al., (2025). Home-based prehabilitation: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *British journal of anaesthesia*. 134(4):1018-1028.

DOI: 10.1016/j.bja.2025.01.010.

Dias, P., Ferreira, R., Messias, P., (2021). A Pessoa Submetida a Artroplastia Total da Anca por Coxartrose: Relato de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 4(2): 18-29.

DOI: 10.33194/rper.2021.167

Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Santos, W., Moreira, M., (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 44(4): 1065-1069.

DOI: 10.1590/S0080-62342010000400030

Hoogendijk, E., Afilalo, J., Ensrud, K., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L., (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365 – 1375.

DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2024). *Estatísticas Demográficas – 2023*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Katz, J., Arant, K., Loeser, R., (2021). Diagnóstico e tratamento da osteoartrite do quadril e do joelho - Uma revisão. *JAMA*. 325(6): 568-578.

DOI: 10.1001/jama.2020.22171

Klerk, T., Dounavi, D., Hamilton, D., Clement, N. & Kiliarntas, K.,(2023). Effects of home-based prehabilitation on pre- and postoperative outcomes following total hip and knee arthroplasty - A systematic review and meta- analysis. *Bone Joint Open*. 4(5): 315-328.

DOI: 10.1302/2633-1462.45.BJO 2023-0021

Longo, U., Salvatore, S., Rosati, C., Pisani, I., Ceccaroli, A., Rizzello, G., Marinis, M. & Denaro, V., (2023). O impacto da educação pré-operatória na substituição do joelho e do quadril: uma revisão sistemática. *Osteology*. 3(3): 94-112.

DOI: 10.3390/osteology3030010

Mantas, A.M., (2022). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prehabilitation da Pessoa Proposta a artroscopia do joelho. Tese de Mestrado, orientada por Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Lisboa.

Medical Research Council (1976). Aids to the examination of the peripheral nervous system. Londen: Her Majesty's Stationery Office. Disponível em: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7>

Mello, G., Frajácómo, F., Haagsma, A., Souza, D., Oliveira, V., Olandoski, M., Neto, J., Jerez-Roig, J. & Baena, C., (2025). Physical activity and functional preservation in older adults with hip osteoarthritis: A comparative analysis of age cohorts in the SHARE study. *PLoS ONE*. 20(3): 1-11

DOI: 10.1371/journal.pone.0317578

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/2019, Série II.

<https://files.diariorpublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

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

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colecoes/Documents/2015/MCFER_Assembleia/PadroDocumental_EER.pdf

Prema, S., Ganapathy, D. Shanmugamprema, D. (2025). Prehabilitation Strategies: Enhancing Surgical Resilience with a Focus on Nutritional Optimization and Multimodal Interventions. *Advances in Nutrition*, 16 (4): 1-15.

DOI: 10.1016/j.advnut.2025.100392

Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, que aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. Diário da República, n.º9, 1.ª série, pp. 31-78.

Punnoose, A., Claydon-Mueller, L., Weiss, O., Zhang, J., Rushton, A. & Khanduja, V., (2023). Prehabilitation for Patients Undergoing Orthopedic Surgery - A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(4), 1-18.

DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.8050

Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A., (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3): 157-163.

DOI: 10.12707/RIV14081

Riley, D., Barber, M., Kienle, G., Aronson, J., Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D., Sox, H., Werthmann, P., Moher, D., Rison, R., Shamsseer, L., Koch, C., Sun, G., Hanaway, P., Sudak, N., Kaszkin-Bettag, M., Carpenter, J. & Gagnier, J., (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89: 218-235

DOI: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026

Sadlonova, M., Katz, N.B., Jurayj, J.S., Flores, L., Celano, C.M., von Arnim, C.A.F., et al., (2023). Surgical prehabilitation in older and frail individuals: a scoping review. *International anesthesiology clinics*. 61(2):34-46.

DOI: 10.1097/AIA.0000000000000394

Svinøy, O., Nordbø, J., Pripp, A., Risberg, M., Bergland, A., Borgen, P. & Hilde, G., (2025). The effect of prehabilitation for older patients awaiting total hip replacement. A randomized controlled trial with long-term follow up. *BMC Musculoskelet Disord*. 26(227): 1-15.

DOI: 10.1186/s12891-025-08468-4

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. In Marques-Vieira C. & Sousa L., (Coordenadores). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida (pp.113-121). Loures: Lusodidacta.

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zdziechowski, A., Zdziechowska, M., Rysz, J., Woldańska-Okonska, M., (2024). The Effectiveness of Preoperative Outpatient and Home Rehabilitation and the Impact on the Results of Hip Arthroplasty: Introductory Report. *Healthcare*. 12(3): 1-13

DOI: 10.3390/healthcare12030327

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

ANEXOS

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XXXIII

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

ANEXO I - CARE (CASE REport) Checklist

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XXXIV

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

CARE CARE Checklist of Information to include when writing a case report  

Topic	Item	Checklist item description	Reported on Case
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	
Key Words (no references)	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	
	3a	Introduction: What is unique about the case and what does it add to the scientific literature?	
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	
Introduction	3c	The main diagnosis, therapeutic interventions, and outcomes	
	3d	Conclusions—What is the main "take-away" message 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 psychosocial history including relevant genetic information	
	5d	Relevant past interventions with outcomes	
Clinical Findings Timeline	6	Describe significant physical examination (PE) and pertinent clinical findings	
	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)	
Therapeutic Intervention	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	
	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	
Follow-up and Outcomes	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	
	10a	Clinical and patient assessed outcomes (if available)	
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	
	10c	Interventions adherence and feasibility (How well the assessed?)	
Discussion	10d	Adverse and unexpected events	
	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 key conclusions (including assessment of possible biases)	
Patient Perspective Informed Consent	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 treatments they received:	
	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

**ANEXO II - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação em
investigação**

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XXXVI

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

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 assine o consentimento.

Título do estudo: A Pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário.

Enquadramento: O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade UCC Mafra, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Nelson Guerra e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Dulce Ferreira.

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

Condições e financiamento: A sua participação no estudo descritivo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso implique qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo a análise dos dados é descritiva, estando 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 autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados.

Obrigada pela sua colaboração.

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Marta Isabel da Cruz Simões Andrade

Contacto telefónico: 919257076

Endereço de e-mail: marta.isandrado@gmail.com

Assinatura/s: *Marta Isabel C.S. Andrade*

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela 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) a ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificadas por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura:

Data: ____/____/____

¹ <https://www.unhcr.org/refugees/article/1964/05/19640501-declaracao-de-helsinkia.pdf>

² <http://www.unhcr.org/refugees/article/1989/05/19890501-declaracao-de-oviedo.pdf>

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

ANEXO III – Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XXXVIII

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

PEDIDO À COMISSÃO DE ÉTICA DE 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 de Escola Superior de Saúde Atlântica

Pedido para realização de Relato de Caso Clínico, no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A estudante Marta Isabel da Cruz Simões Andrade, da Escola Superior de Saúde Atlântica solicita a vossa análise da proposta de um estudo tendo no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Reabilitação na Comunidade, inserida no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação do Sr. Professor Doutor Nelson Guerra e da Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Dulce Ferreira.

Título do estudo: A Pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário.

Enquadramento: A pré-habilitação pré-cirúrgica constitui uma intervenção estruturada, preventiva e multidisciplinar, que visa otimizar o estado funcional, psicológico e nutricional da pessoa antes do procedimento cirúrgico, promovendo melhores resultados e uma recuperação mais rápida. No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, esta prática é essencial para capacitar a pessoa, reforçar a sua autonomia e maximizar a funcionalidade no período pós-operatório. Integrada nos cuidados comunitários, a pré-habilitação permite uma atuação precoce, centrada na pessoa e no seu contexto de vida, através da implementação de planos individualizados, que incluem exercícios de treino funcional, cardiorespiratório e motor, e educação para a saúde. Desta forma, esta abordagem contribui para a redução de complicações associadas às comorbilidades, decorrentes da condição prévia de saúde da pessoa, ao processo de envelhecimento e ao hábito de vida, e para a maximização da recuperação funcional pós-cirúrgica.

Metodologia: Estudo descritivo com recurso a metodologia de Relato de Caso clínico, de acordo com as normas do Equator da check list Care, que se anexa ao pedido.

O objetivo do estudo é descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário.

Justificação do estudo: O Relato de Caso Clínico centra-se numa pessoa em situação de transição para um procedimento cirúrgico programado, acompanhada em contexto comunitário. A recolha de dados será realizada de forma descritiva, através de perguntas abertas em contexto de entrevista, durante o plano de intervenção, integrando, também, a aplicação de instrumentos de avaliação específicos e válidos para a população portuguesa, que permitam identificar limitações funcionais, necessidades individuais e alterações nos processos corporais, que possam influenciar a recuperação no pós-operatório. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação será planeada e implementada com base nas necessidades identificadas, tendo como foco a promoção da capacidade funcional e a prevenção de complicações no pós-operatório. Através deste estudo pretende-se contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico e para a valorização da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na intervenção pré-cirúrgica em contexto comunitário, reforçando a importância da enfermagem de reabilitação na preparação e empoderamento da pessoa para o processo cirúrgico. A participação da pessoa no estudo será voluntária, garantindo-se o respeito pelos princípios éticos e pelos direitos fundamentais. A recusa em participar não comprometerá, em qualquer circunstância, a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Condições e financiamentos: A sua participação no estudo descritivo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso implique qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste estudo a análise dos dados é descritiva, estando 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 incluido qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo. O autor principal é responsável pela coleta, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de coleta de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados.

Grata pela sua disponibilidade

Assinatura(s)

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assinou este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todos eles tive uma resposta esclarecedora; ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para as minhas atividades profissionais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Assino/ádo autoriza (marcar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários ao meu próprio interesse e justificadas por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura

Data: ____/____/____

¹ <https://www.who.int/qa/ethics/declaration-of-helsinki>

² <http://www.unppl.org/2012/01/02/oviedo-declaration.pdf>

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

ANEXO IV - Escala de Barthel

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XL

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

1. Alimentação		
Independente.....	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/>	0
4. Utilização do WC		
Independente.....	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	0
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar órteses).....	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	5
Dependente.....	<input type="checkbox"/>	0
8. Vestir		
Independente.....	<input type="checkbox"/>	10
Com ajuda.....	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Impossível.....	<input type="checkbox"/>	0
9. Controlo Intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/>	0
10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input checked="" 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		

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

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contínente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Contínente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios tomecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

Fonte: <https://www.dgs.pt/directriza-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-it-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

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

ANEXO V - Escala *Medical Research Council*

Marta Andrade – Junho 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica
XLIII

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

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

Muscle		Score 0 - 5	MRC scale for muscle strength (0-5)
Shoulder abductors	Left	5	Grade 5: Normal
	Right		
Elbow flexors	Left	5	Grade 4: Movement against gravity and resistance
	Right		
Wrist extensors	Left	5	Grade 3: Movement against gravity over (almost) the full range
	Right		
Hip flexors	Left	4	Grade 2: Movement of the limb out not against gravity
	Right		
Knee extensors	Left	4	Grade 1: Visible contraction without movement of the limb (not evident for hip flexion)
	Right		
Foot dorsiflexors	Left	4	Grade 0: No visible contraction
	Right		
Total (out of 50)			MRC grade for each muscle given in full numbers: (4)+(4.5)+(4) (4)+(3) (3)+(4)

Fonte: <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no->

APÊNDICE III – Trabalho “Corpo Ativo, Mente Saudável: Ficar parado não é opção”

Corpo Ativo, Mente Saudável: Ficar Parado Não é Opção

A importância de continuar ativo na vida sénior

O nosso corpo tem... músculos... ossos...

O Sedentarismo na pessoa com "alguma idade"

A inatividade física aumenta os riscos de saúde contribuindo para problemas de saúde crónicos.

A falta de atividade física, faz com que perca músculo e altera a composição dos seus ossos.

O risco de quedas aumenta 3x em pessoas que não se mexem, reduzindo significativamente a sua autonomia.

Atividade Física e Exercício Físico: Qual a Diferença?

Atividade Física
Qualquer movimento corporal que resulta em gasto de energia. Exemplos incluem caminhar, jardinagem, realizar tarefas domésticas ou subir escadas. É a base para um estilo de vida ativo.

Exercício Físico
Uma atividade física planeada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física. Inclui natação, aulas de ginástica ou levantamento de pesos.

Ambos são benéficos e complementares!

Principais Benefícios Físicos

- Saúde dos seus músculos e flexibilidade**
Melhora a massa e força muscular, essencial para a mobilidade, suporte e flexibilidade.
- Prevenção de Quedas**
Exercícios específicos de equilíbrio reduzem o risco de quedas e fraturas.
- Doenças crónicas**
Ajuda a controlar a diabetes, hipertensão e o peso corporal.
- Saúde Cardiovascular**
Diminui o risco de enfarte e AVC, promovendo um coração mais forte e resistente. Melhora a capacidade respiratória.

Mais Autonomia e Qualidade de Vida!

Impacto na Saúde Cognitiva e Mental

Função Cognitiva
O exercício regular reduz o risco de demência.

Memória e Concentração
Melhora o desempenho nas tarefas do dia a dia.

Ansiedade e Stress
Diminui os níveis de cortisol, promovendo relaxamento e a calma; melhoria do sono.

Humor, auto-estima e Bem-Estar
Reduz os sintomas de depressão e melhora a disposição.

Porquê Continuar Após a Academia?

- Os ganhos de força, equilíbrio e mobilidade, que apresentou durante a academia, perdem-se rapidamente se não continuar a fazer exercício.
- O movimento físico estimula o cérebro e previne a atrofia do seu cérebro.
- Se você se mantiver ativo terá menos lesões associadas a quedas.
- O corpo "acostuma-se" a não se mexer se parar, aumentando o risco de surgirem problemas de saúde.
- Mantê-lo ativo faz com que consiga cuidar melhor de si próprio por mais tempo.
- Continuar ativo favorece o contacto com outras pessoas e combate o isolamento social.

Tipos de Atividade e Exercício Recomendados

Aeróbicos
50 minutos 3x por semana de intensidade moderada (ex: caminhada rápida, natação), fortalecem o coração e os pulmões.

Fortalecimento Muscular
Duas vezes por semana (ex: bandas de resistência, pesos leves), para manter a força e a massa muscular.

Equilíbrio
Três vezes por semana (ex: tai chi, yoga), para reduzir o risco de quedas e melhorar a postura.

Flexibilidade
Diariamente (ex: alongamentos suaves), para manter a amplitude de movimento nas articulações.

Dicas para uma Rotina Segura

- Alongamentos pela manhã
- Participar em grupos comunitários ativos
- Caminhadas diárias (mesmo dentro de casa)
- Dançar, brincar com os netos, cuidar do jardim, limpar a casa...
- Subir escadas com apoio

Investir com movimentos é evoluir com dignidade, autonomia e elegância.

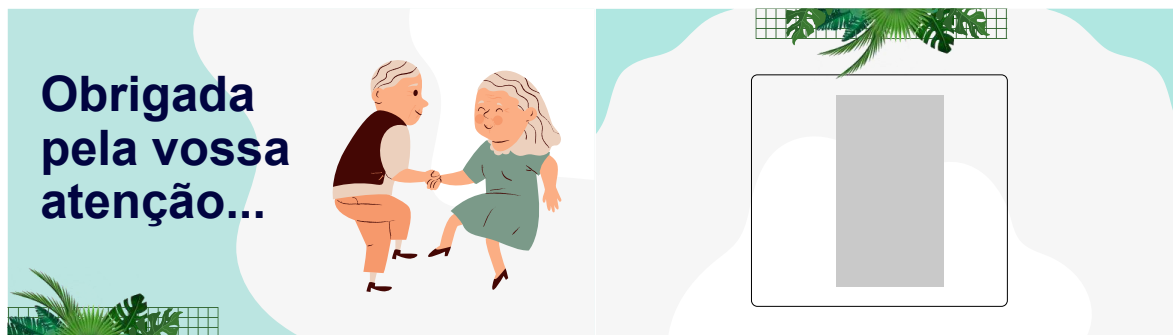
Superar as Principais Barreiras

Medo de Quedas
Comece com exercícios de baixo impacto e procure supervisão para maior segurança.

Falta de Motivação
Encontre um parceiro de exercício ou junte-se a um grupo para incentivo mútuo.

Dores Musculares
Progride lentamente e alterne tipos de exercício para evitar sobrecarga.

Problemas de Saúde
Procure um profissional de saúde para um plano de exercícios personalizado e seguro.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. Postgraduate Medical Journal. 90 (1059): 26-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>
- Organização Mundial da Saúde (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Santos, C. (2024). A promoção do exercício físico na pessoa idosa: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Tese de mestrado, orientada por Júlio Belo Fernandes. Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Almada.

APÊNDICE IV – Jogo Pedagógico “Prevenir Para Não Cair”











**APÊNDICE V – Póster “A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto
Comunitário”**



1^{as} JORNADAS DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA USL SANTA MARIA

A Pré-Habilitação Pré-Cirúrgica em Contexto Comunitário



ESSATLA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

Marta Andrade¹; Dulce Ferreira²; Nelsou Guerra³
¹ Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA); ² Unidade Local de Saúde de Santa Maria (ULSSM); ³ Atlântica School of Health (ESSATLA)
 marta.isandrado@gmail.com; dulcestapia@gmail.com; nguerra@uflnautica.pt

INTRODUÇÃO

A pré-habilitação pré-cirúrgica surge como uma estratégia de intervenção antecipada, que assume particular relevância nos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao promover ganhos em saúde através da otimização funcional, psicológica e nutricional da pessoa, contribuindo para uma recuperação mais rápida e eficaz no pós-operatório. A sua implementação em contexto comunitário tem demonstrado benefícios significativos, nomeadamente na melhoria da força muscular, da capacidade ventilatória, da autonomia e da literacia em saúde. Assim, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, é fundamental na avaliação, planeamento e execução de estratégias terapêuticas adaptadas, com vista à maximização da funcionalidade da pessoa em preparação para a cirurgia.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Idoso; Pré-habilitação pré-cirúrgica; Visita domiciliar.

OBJETIVOS

Descrever a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário

METODOLOGIA

- Estudo descritivo com recurso a relato de caso
- Intervenção realizada em três sessões semanais de 90 minutos, no domicílio da utente, de 19 a 28 maio 2025
- Efetuada entrevista estruturada com perguntas abertas
- Desenvolvido e implementado plano de cuidados ajustado às necessidades específicas
- Pessoa do sexo feminino, 85 anos de idade
- Com AP : HTA, Artrite reumatóide, dislipidemia, aterosclerose da artéria aorta, taquicardia supra-ventricular, cirurgia de RPTA direita no dia 6/09/2024; cirurgia de colocação de prótese total da anca esquerda e direita em 2017 e 2019, respetivamente.
- Avaliação inicial: Barthel de 70, SpO de 95%, expetoração espessa e de difícil mobilização, Força muscular 5/5 pela escala de mrc em todos os segmentos do MI esq. e 4/5 em todos os segmentos do MI dir. Auscultação com murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Expectorante ineficaz em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar o tórax - Avaliar o reflexo da tosse [frequência e eficácia] - Assistir a tossir - Executar cinesiterapia respiratória [exercícios respiratórios(abertura costal global com bastão, abertura costal seletiva direita e esquerda, técnica de vibrocompressão torácica, reeducação abdomino-diafragmática)] - Executar técnica de posicionamento [técnica de posicionamento para descanso e relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semicerrados)] - Incentivar a tossir - Incentivar a ingestão de líquidos - Incentivar expectorar - Vigiar a expectoração 	- Expectorante eficaz [Validada por diminuição e eliminação eficaz das secreções; Saturação de O ₂ > 95%, ausência de ruídos adventícios na auscultação]
Movimento muscular diminuído no membro inferior direito	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar força muscular através [Escala Medical Research Council (MRC)] - Incentivar a pessoa a executar os exercícios ativos livres [movimentos livres do membro inferior esquerdo, mobilização ativa/ativa-assistida do membro inferior direito, conforme tolerância e sem exceder o limite da amplitude articular (flexão/extensão dos dedos do pé, inversão/eversão tibiotársica, dorsiflexão/flexão plantar, abdução e adução, flexão do joelho e coxofemoral), exercícios isométricos (abdominais, glúteos e quadríceps), atividades terapêuticas (oscilação pélvica, ponte, pedaleira), Incentivar a deambulação com andaluzilha] - Executar técnica de exercício muscular ativo [membro inferior direito, conforme tolerância e sem exceder o limite da amplitude articular (flexão/extensão dos dedos do pé, inversão/eversão tibiotársica, dorsiflexão/flexão plantar, abdução e adução, flexão do joelho e coxofemoral)] - Ensinar técnicas de exercício muscular e articular [exercícios isométricos (abdominais, glúteos e quadríceps); atividades terapêuticas (oscilação pélvica, ponte, pedaleira)] 	- Movimento muscular mantido [validada por força muscular mantida no MI esq e melhorada no MI dir]
Autocuidado comprometido, com dependência moderada (Higiene, vestuário, transferir-se, uso do sanitário)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar autocuidado [escala de Barthel] - Incentivar o autocuidado - Optimizar o ambiente - Providenciar material educativo - Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado - Treinar uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado 	- Autocuidado comprometido em grau reduzido

RESULTADOS

- Maior adesão ao plano de intervenção
- Aplicação prática dos conhecimentos adquiridos pela utente durante as sessões
- Promoção da autoconfiança, da autonomia e da literacia em saúde
- Melhoria da gestão do regime terapêutico

BIBLIOGRAFIA



DISCUSSÃO

A pré-habilitação pré-cirúrgica, quando realizada em contexto comunitário e adaptada às necessidades individuais, tem demonstrado benefícios significativos na preparação da pessoa envelhecida e frágil para procedimentos cirúrgicos, promovendo uma maior adesão e eficácia. As intervenções multimodais, que combinam exercício físico, suporte nutricional e acompanhamento psicológico, têm sido associadas à redução de complicações pós-operatórias, diminuição do tempo de internamento e melhoria da recuperação funcional (Sadlonova et al., 2023; Punnoose et al., 2023). O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel central neste processo, ao avaliar, planejar e implementar intervenções individualizadas que otimizam a capacidade funcional da pessoa e fomentam a sua participação ativa no processo cirúrgico. A vertente educativa destes programas tem igualmente demonstrado benefícios claros na promoção da literacia em saúde, facilitando a adesão ao regime terapêutico, a redução da ansiedade e o aumento da autonomia no autocuidado (D'Amico et al., 2025).

CONCLUSÕES

A intervenção de pré-habilitação pré-cirúrgica no domicílio promoveu ganhos em saúde na utente, como maior funcionalidade, autonomia e confiança, contribuindo para uma melhor preparação para a cirurgia e prevenção de complicações. Este caso reforça a importância do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na preparação para a cirurgia, em contexto comunitário.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE72_2025

Assunto: Projeto no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação_ Relato de Caso Clínico: "A Pré-habilitação pré-cirúrgica em contexto comunitário".

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: 08540466
Data: 2025.06.30 14:41:49+0100

Professora Adjunta Maria João Santos

Relatório de Estágio Profissionalizante - Enfermagem de Reabilitação na Capacitação Com a Pessoa Após AVC no
Processo de Transição Para a Alta - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO COM A PESSOA APÓS AVC NO PROCESSO DE
TRANSIÇÃO PARA A ALTA**

Marta Andrade

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA