

Mestrado

3º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: FACILITAÇÃO PARA UMA TRANSIÇÃO SEGURA

TIAGO ALEXANDRE FILIPE BRANCO

2026



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA
APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: FACILITAÇÃO PARA UMA
TRANSIÇÃO SEGURA**

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde Atlântica, para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Tiago Alexandre Filipe Branco

Professor orientador: Prof. Dr. Luís Sousa

Barcarena, 2026

“Life is 10% what happens to you and 90% how you react”

Charles R. Swindoll (2023)

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste Relatório

AGRADECIMENTOS

Este relatório não teria sido possível sem o apoio e a colaboração de diversas pessoas, às quais deixo aqui o meu sincero agradecimento.

Aos docentes do mestrado, pela transmissão de conhecimentos, rigor científico e apoio contínuo, que foram fundamentais para o meu crescimento académico e profissional.

Em especial ao Professor Doutor Luís Sousa, pela orientação prestada ao longo dos estágios e durante a elaboração deste relatório. A sua disponibilidade, exigência, orientação crítica e incentivo constante foram determinantes para o desenvolvimento deste trabalho e para a consolidação das minhas competências.

Aos meus colegas de mestrado, com quem partilhei desafios, conquistas e longas horas de estudo. A entajuda e o espírito de equipa tornaram esta etapa mais leve e enriquecedora.

A todos os profissionais e equipas que me acolheram nos estágios, pela forma como me integraram, pelo apoio, paciência e pela partilha de saberes essenciais para a minha evolução enquanto futuro profissional.

Às enfermeiras que me orientaram nos estágios, Vera e Ana, pelo acompanhamento próximo, pela orientação prática e pelo exemplo de profissionalismo e dedicação que deixaram em mim.

Às pessoas com quem prestei cuidados, que confiaram em mim num momento de vulnerabilidade. Cada encontro contribuiu de forma única para o meu crescimento humano e profissional.

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo, compreensão e apoio ao longo deste percurso exigente.

Aos meus amigos, pela força, pela presença e pelas pausas necessárias que tornaram o caminho mais equilibrado.

À minha família, pelo amor incondicional e por todo o suporte emocional, moral e logístico ao longo destes anos.

Em especial aos meus pais e ao meu irmão, pilares fundamentais da minha vida, pelo apoio constante, motivação e por acreditarem sempre nas minhas capacidades.

À minha sobrinha, cujo nascimento durante este processo trouxe uma luz especial e um novo significado a esta etapa da minha vida.

E, por fim, à minha namorada, pelo amor, paciência, incentivo permanente e compreensão nos momentos mais desafiantes. A tua presença foi essencial para que chegasse até aqui.

A todos os que, de diferentes formas, estiveram presentes neste processo, deixo o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Enquadramento: O estágio profissionalizante em Enfermagem de Reabilitação constituiu uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, bem como das competências de Mestre, através da integração da teoria, da prática e da evidência científica. Realizado em contexto hospitalar, num serviço de Medicina, e em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, permitiu intervir junto de pessoas com alterações motoras, respiratórias, cognitivas e neurológicas, com particular incidência em pessoas após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Objetivo: Este relatório pretende demonstrar a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de Mestre evidenciando o progresso alcançado ao longo da prática clínica.

Metodologia: Foi utilizada uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, articulando a prática clínica com teorias de enfermagem, como a Teoria das Transições de Meleis e o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa. A análise e reflexão sobre a aquisição de competências foi suportada por uma revisão da literatura, focada na capacitação da pessoa para uma transição segura após AVC.

Resultados: Os resultados obtidos ao longo do estágio evidenciam claramente o desenvolvimento de competências especializadas e avançadas em Enfermagem de Reabilitação. A aprendizagem experiencial permitiu integrar o conhecimento teórico com a prática clínica, traduzindo-se na capacidade de prestar cuidados que potenciam a funcionalidade, a autonomia e a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação.

Conclusão: O estágio contribuiu para a consolidação da identidade profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, evidenciando o impacto dos cuidados especializados na melhoria da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da

pessoa com AVC. O trabalho desenvolvido reforça a importância da reabilitação em todos os contextos de cuidados e abre perspectivas para futuras investigações e melhorias na prática clínica.

Palavras-chave: Cuidado Centrado na Pessoa; Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem em Reabilitação

ABSTRACT

Background: The professional internship in Rehabilitation Nursing provided a privileged opportunity for the development of both the common and specific competencies of the Specialist Nurse, as well as Master's-level competencies, through the integration of theory, practice and scientific evidence. Conducted in a hospital context, within an Internal Medicine service, and in a community context, in a Community Care Unit, it enabled intervention with individuals presenting motor, respiratory, cognitive and neurological impairments, with particular focus on people after a Stroke.

Objective: This report aims to demonstrate the acquisition of the common competencies of the Specialist Nurse, the specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the competencies at master's level, evidencing the progress achieved throughout clinical practice.

Methodology: A descriptive and critical-reflective approach was employed, articulating clinical practice with nursing theories such as Meleis' Transitions Theory and the Person-Centred Care Framework. The analysis and reflection on competency acquisition were supported by a literature review focused on empowering the person for a safe transition following a stroke.

Results: The results obtained throughout the internship clearly demonstrate the development of advanced and specialized competencies in Rehabilitation Nursing. Experience enabled the integration of theoretical knowledge with clinical practice, resulting in the ability to deliver care that enhances functionality, autonomy and active participation in the rehabilitation process.

Conclusion: The internship contributed to the consolidation of the professional identity of the Rehabilitation Nurse Specialist, highlighting the impact of specialized rehabilitation care on improving functionality, autonomy and quality of life in people with stroke. The work developed reinforces the importance of rehabilitation across all care settings and opens perspectives for future research and improvements in clinical practice.

Keywords: Person-Centered Care; Rehabilitation Nursing; Stroke

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO.....	25
1.1. Contexto Comunitário.....	26
1.2. Contexto Hospitalar	29
1.2.1. Serviço de Medicina	29
1.2.2. Serviço de Neurocirurgia e Ortopedia	31
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	33
2.1. Definição de Conceitos.....	34
2.2. Modelos Conceptuais de Enfermagem	38
2.2.1. Teoria das Transições	38
2.2.2. Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa	40
2.3. A Pessoa com AVC.....	43
2.4. Cuidados de ER à Pessoa com AVC.....	50
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS.....	55
3.1. Análise das Competências Comuns do EE	56
3.2. Análise das Competências Específicas do EEER	70
3.3. Análise das Competências de Mestre	87
4. ANÁLISE SWOT	93
CONCLUSÕES.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS.....	121
ANEXO I	123
ANEXO II	125
ANEXO III	127
ANEXO IV.....	131
ANEXO V	133
ANEXO VI.....	135

ANEXO VII	137
ANEXO VIII	139
ANEXO IX	141
ANEXO X	143
ANEXO XI	145
ANEXO XII	149
ANEXO XIII	151
ANEXO XIV	153
ANEXO XV	155
ANEXO XVI	157
ANEXO XVII	159
APÊNDICES	161
APÊNDICE I	163
APÊNDICE II	179
APÊNDICE III	183
APÊNDICE IV	185
APÊNDICE V	187
APÊNDICE VI	203
APÊNDICE VII	209
APÊNDICE VIII	211
APÊNDICE IX	249
APÊNDICE X	255
APÊNDICE XI	301

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Estrutura conceptual da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa 41

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EP – Estágio Profissionalizante

ER – Enfermagem de Reabilitação

GUSS – Gugging Swallowing Screen

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – Medical Research Council

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

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

RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats

TUG – Timed Up and Go

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no contexto da unidade curricular de Estágio Profissionalizante (EP) do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER) da Escola Superior de Saúde Atlântica. A realização do presente relatório de EP tem como finalidade apresentar, analisar e refletir criticamente sobre as experiências, aprendizagens e competências desenvolvidas no âmbito da prática clínica enquanto mestrando em ER. Este documento procura evidenciar a integração dos conhecimentos teóricos na prática, bem como demonstrar a consolidação progressiva das competências necessárias ao exercício autónomo e especializado do enfermeiro nesta área, tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para esta especialidade e alinhando-os com os referenciais teóricos adotado, Teoria das Transições e Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa.

O EP decorreu em três contextos distintos e complementares: o contexto comunitário, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), o contexto hospitalar, num serviço de Medicina Interna, e um estágio complementar num serviço de Ortopedia e Neurocirurgia. A diversidade destes cenários permitiu contactar com realidades assistenciais diferenciadas, proporcionando uma visão abrangente dos processos de reabilitação em saúde, tanto ao nível da prevenção e promoção da autonomia na comunidade, como no acompanhamento de pessoas em situação de doença aguda ou crónica no ambiente hospitalar.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) permanece como uma das principais causas de incapacidade a nível mundial (Feigin et al., 2016; OMS, 2020), sendo responsável por limitações motoras, cognitivas, sensoriais e da deglutição que comprometem profundamente a realização das atividades de vida diária (Gomes et al., 2021; Menoita et al., 2012). A evidência demonstra que a reabilitação precoce é determinante para maximizar a neuroplasticidade e potenciar a recuperação funcional, sobretudo nos

primeiros meses após o evento (Frontera et al., 2019; Kennedy, 2021; Langhorne et al., 2011). Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume uma intervenção central, uma vez que está habilitado para realizar avaliações especializadas, identificar défices, formular diagnósticos em ER e implementar intervenções diferenciadas, estruturadas e baseadas na melhor evidência científica (Sequeira & Néné, 2021; Regulamento n.º 392/2019). Para além disso, a sua atuação abrange a prevenção de complicações, a promoção da capacidade funcional e a capacitação da pessoa e família, elementos essenciais para assegurar uma transição segura e uma recuperação otimizada (Matos & Simões, 2020; Sousa et al., 2020). Desta forma, a intervenção do EEER é indispensável para garantir cuidados especializados, integrados e humanizados que promovam ganhos efetivos em saúde, autonomia e independência à pessoa com AVC.

Os objetivos deste relatório passam por demonstrar a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEER, evidenciando o progresso alcançado ao longo da prática clínica. Visa igualmente refletir sobre as competências desenvolvidas à luz dos modelos e teorias de enfermagem definidos, articulando-as com as atividades realizadas durante o EP e com o percurso de aprendizagem. Por fim, pretende-se analisar o contributo da ER na capacitação da pessoa após AVC, destacando a sua intervenção fundamental na promoção de uma transição segura e na recuperação da máxima funcionalidade possível.

A metodologia utilizada assentou numa abordagem descritiva e crítico-reflexiva, articulando a experiência prática com os conhecimentos teóricos próprios da ER. Abrangeu ainda uma revisão da literatura destinada a sustentar a intervenção do ER à pessoa com AVC, bem como uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EEER e das competências associadas ao grau de Mestre, adquiridas ao longo do EP.

Relativamente à organização do relatório, este encontra-se estruturado em vários capítulos que permitem uma leitura lógica e progressiva do percurso formativo. Após a

Introdução, segue-se a **Apreciação do Contexto**, no qual são caracterizados os dois cenários de estágio: o contexto comunitário e o contexto hospitalar. O Enquadramento Teórico e Conceptual integra a definição dos principais conceitos, os modelos conceptuais de enfermagem que orientaram a minha prática, bem como a fundamentação relativa à pessoa com AVC e aos focos de intervenção em ER.

De seguida segue-se a **Análise Crítico-Reflexiva das Competências**, que apresenta uma reflexão aprofundada sobre o desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EER e das competências de mestre. Seguidamente, a **Análise SWOT** (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats) sintetiza forças, oportunidades, fraquezas e ameaças identificadas ao longo do EP. Por fim, o relatório encerra com as **Conclusões**, onde são destacados os contributos da experiência de estágio para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Durante a elaboração deste relatório de estágio, foi utilizada inteligência artificial (ChatGPT-5.2, OpenAI) como apoio à revisão linguística e à melhoria da clareza textual, não tendo sido utilizado para a geração de ideias ou conteúdos técnicos, sendo todo o material cuidadosamente revisto e validado pelo autor, que assume total responsabilidade pelo seu conteúdo final.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O presente capítulo visa apresentar uma apreciação global dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, oferecendo uma descrição sumária das suas principais características organizacionais e funcionais. Serão descritos os recursos físicos e humanos disponíveis, os métodos de trabalho adotados, a dinâmica da equipa interdisciplinar e o modelo de colaboração que sustenta a prestação dos cuidados. Adicionalmente, serão identificados os projetos de melhoria contínua em curso, bem como outros elementos relevantes que influenciam a qualidade da prática assistencial e o desenvolvimento de competências especializadas em ER. Esta caracterização permitirá compreender o enquadramento real em que as aprendizagens foram consolidadas e a forma como o contexto condiciona e potencia a intervenção profissional.

1.1. Contexto Comunitário

O estágio de ER em contexto comunitário teve a duração total de 10 semanas, decorrendo entre 12 de maio e 18 de julho de 2025, perfazendo um total de 246 horas, cerca de 196 horas de contacto e 50 horas de trabalho autónomo. Este período formativo realizou-se em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), especificamente na ECCI, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados de enfermagem em regime domiciliário. Ao longo do EP, a área clínica com maior representatividade foi a do foro ortopédico e reumatológico, atendendo à elevada prevalência de pessoas com alterações da mobilidade, frequentemente associadas a processos cirúrgicos decorrentes de queda ou a limitações articulares derivados de artrose. Em segundo plano, destacou-se a área neurológica, sobretudo em situações relacionadas com o envelhecimento e com a presença de quadros demenciais.

A UCC está integrada na Unidade Local de Saúde (ULS) do Algarve, e a sua missão centra-se na prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e acompanhamento social em contexto domiciliário e comunitário, com especial foco em pessoas vulneráveis, dependentes, física ou funcionalmente, ou em situação de doença crónica. Entre os seus objetivos destacam-se a promoção da literacia em saúde, o reforço das redes de suporte familiar e a implementação de respostas móveis que assegurem a continuidade e qualidade dos cuidados (Guerreiro & Matos, 2022).

A ECCI integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e direciona a sua intervenção para pessoas com limitações funcionais temporárias ou permanentes, cuja situação clínica e contexto social exigem cuidados especializados e acompanhamento regular. A referenciação ocorre com base numa avaliação clínica e funcional rigorosa, bem como na verificação de condições domiciliárias adequadas à prestação dos cuidados continuados (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2025).

As ECCI disponibilizam cuidados de saúde no domicílio, abrangendo intervenções médicas e de enfermagem de natureza curativa, preventiva, paliativa ou de reabilitação, bem como

cuidados de reabilitação, terapia ocupacional e apoio psicossocial (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2025). A sua atuação inclui ainda o envolvimento de familiares e cuidadores em ações de educação para a saúde, capacitando-os para apoiar nas necessidades básicas da pessoa e auxiliar na execução das atividades da vida diária (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2025).

A equipa da UCC é constituída por vinte profissionais: treze enfermeiros, dois assistentes técnicos, quatro assistentes operacionais e uma técnica de serviço social, beneficiando ainda do apoio multidisciplinar de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, nutrição e psicologia. Na equipa de enfermagem, inclui-se um enfermeiro gestor e cinco enfermeiras especialistas, entre as quais uma EEER, duas em Saúde Infantil e Pediátrica, uma em Enfermagem Comunitária (com ênfase em Saúde Infantil) e uma em Saúde Mental e Psiquiátrica. Os cuidados são prestados em regime semanal e podem estender-se ao fim de semana, com turnos de 7 horas compreendidos entre as 8h30-15h30 e as 13h00-20h00.

A organização do trabalho segue o método individual de cuidados, no qual os clientes são distribuídos tendo em conta a área de residência e a complexidade das intervenções necessárias. Este método centra-se na pessoa, atribuindo a cada enfermeiro a responsabilidade integral pelos cuidados prestados ao seu grupo de clientes durante o turno, permitindo-lhe planear, priorizar e executar autonomamente o plano de cuidados (Parreira et al., 2021). Entre os seus benefícios destacam-se a personalização da intervenção, o fortalecimento da relação terapêutica e o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade profissional do enfermeiro. Contudo, apresenta limitações, nomeadamente a ausência de continuidade assegurada entre turnos, variação na qualidade dos cuidados prestados por diferentes profissionais e a necessidade de equipas mais qualificadas, o que pode implicar maiores custos organizacionais (Parreira et al., 2021).

O EEER desempenha uma intervenção central na avaliação das necessidades da pessoa, família e cuidadores, elaborando planos de intervenção orientados para a maximização da

funcionalidade, promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida, conforme definido no Regulamento n.º 392/2019. Participa ativamente em projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, como o projeto “Cuidar para não tombar”, desenvolvido em parceria com a Unidade de Saúde Pública de Olhão, cujo objetivo é reduzir a incidência de quedas entre os idosos acompanhados pela ECCI (Serra et al., 2022). Através deste tipo de iniciativas, o EEER intervém na avaliação do risco de queda, na implementação de estratégias preventivas e na capacitação de cuidadores formais e informais.

1.2. Contexto Hospitalar

1.2.1. Serviço de Medicina

O EP realizou-se num Serviço de Medicina, integrado na ULS Algarve, entre os dias 8 de setembro e o dia 5 de dezembro de 2025, perfazendo um total de 757 horas, das quais 312 horas de contacto e 445 horas de trabalho autónomo. A ULS Algarve constitui uma instituição de referência do Sistema Nacional de Saúde no sul do país, prestando cuidados de saúde diferenciados à população dos dezasseis concelhos algarvios e assumindo igualmente responsabilidades ao nível da formação contínua e da cooperação académica. A sua missão centra-se na prestação de cuidados seguros e de qualidade a residentes e visitantes, associada à promoção do ensino e da investigação (Rodrigues, Santos & Nascimento, 2024). A visão institucional aponta para a afirmação como uma unidade de excelência, dotada de recursos avançados e promotora da equidade, do acesso universal e da satisfação da pessoa cuidada e dos profissionais (Rodrigues et al., 2024). Entre os seus valores destacam-se o foco no cidadão, o trabalho em equipa multidisciplinar, a inovação, a gestão participativa orientada para a valorização dos colaboradores e o compromisso com resultados sustentados pela responsabilidade social (Rodrigues et al., 2024).

Inserido no Departamento Médico, o Serviço de Medicina partilha a missão global da instituição, procurando assegurar cuidados de elevada qualidade, uma gestão responsável dos recursos e a valorização dos profissionais através da investigação, da formação e do ensino (Rodrigues et al., 2024). A sua atuação rege-se por princípios como o respeito pelas crenças, valores e dignidade da pessoa, a tomada de decisão sustentada em critérios transparentes, a promoção da participação e da confidencialidade, o cumprimento de limites éticos na aquisição de conhecimento e na prestação de cuidados, a valorização do consentimento informado e a defesa da segurança, privacidade, autonomia e bem-estar dos clientes e famílias (Rodrigues et al., 2024).

Atualmente, o serviço dispõe de capacidade para 44 pessoas internadas. Possui um conjunto de áreas funcionais, incluindo gabinetes para o diretor e para a enfermeira

gestora, rouparia/copa, sala de sujos, sala de medicação, sala de consumo clínico, duas salas destinadas a registos, balcão administrativo, instalações sanitárias para profissionais e duas para as pessoas internadas. A equipa é constituída por trinta e dois enfermeiros, catorze assistentes operacionais, equipa médica, duas assistentes técnicas, uma assistente social, além de profissionais de apoio, como um fisioterapeuta, um terapeuta da fala, um terapeuta ocupacional, um nutricionista e uma psicóloga. No que respeita à equipa de enfermagem, esta integra um enfermeiro gestor, duas EEER e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O serviço apresenta ainda o contributo de diversos serviços de apoio considerados fundamentais. Entre estes, destacam-se os serviços de sangue, radiologia e patologia clínica, que asseguram o suporte necessário ao diagnóstico e ao tratamento das pessoas internadas. A farmácia assume igualmente uma responsabilidade central, garantindo a distribuição de medicamentos em regime de unidose para cada pessoa. Acresce o serviço externo de lavandaria, responsável pela gestão da roupa, bem como o serviço de nutrição e o serviço de alimentação, encarregues da preparação, distribuição e recolha das refeições.

O funcionamento do serviço organiza-se em regime de turnos: das 8h00 às 16h00, das 15h30 às 00h00 e das 23h30 às 8h30. A prática de enfermagem segue o método individual de trabalho, atribuindo a cada enfermeiro a responsabilidade pelos clientes sob seus cuidados durante o turno (Rodrigues et al., 2024). No âmbito da ER, é adotado o modelo de enfermeiro de referência, que assegura o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados desde a admissão até à alta, garantindo a continuidade e a satisfação das necessidades e respostas humanas. Este profissional articula com os restantes elementos da equipa, podendo delegar intervenções sempre que necessário para garantir a continuidade assistencial. Todos os enfermeiros podem desempenhar tanto funções de referência como de execução, sendo o enfermeiro de referência responsável pela coordenação e supervisão dos cuidados durante o internamento (Asmirajanti et al., 2019; Higaonna et al., 2020; Parreira et al., 2021).

1.2.2. Serviço de Neurocirurgia e Ortopedia

Durante EP, foi realizado um estágio complementar num Serviço de Neurocirurgia e Ortopedia, entre os dias 8 e 19 de dezembro de 2025, com a duração de duas semanas, tendo como principal finalidade aprofundar conhecimentos e competências no âmbito da ER aplicados a pessoas com alterações neurológicas e ortopédicas, com necessidade de intervenção cirúrgica em contexto agudo. Este estágio integrou-se igualmente na ULS do Algarve, permitindo contacto com um contexto clínico diferenciado e complementar aos restantes cenários de prática desenvolvidos ao longo do percurso formativo.

O serviço presta cuidados a pessoas com patologias complexas, nomeadamente traumatismos crânio-encefálicos, lesões da coluna vertebral, patologia degenerativa e traumática do sistema músculo-esquelético, às quais são submetidas a intervenções cirúrgicas ortopédicas e neurológicas programadas ou em contexto urgente. Trata-se de um contexto de elevada exigência técnica e clínica, onde a intervenção precoce e especializada da ER assume particular relevância na prevenção de complicações, na recuperação funcional e na promoção de transições seguras entre os diferentes níveis de cuidados.

Presentemente, o serviço apresenta uma capacidade instalada para 41 pessoas internadas. Do total da capacidade, 11 vagas estão destinadas apenas para pessoas com patologias do foro neurocirúrgico, das quais 5 estão destinadas a pessoas que, pela gravidade do seu estado clínico, necessitam de monitorização contínua e vigilância diferenciada, e as restantes 6 vagas destinadas a pessoas com lesão vertebro-medular. Dispõe de diversas áreas funcionais de apoio à prestação de cuidados, nomeadamente gabinetes destinados à direção do serviço e à enfermeira gestora, rouparia/copa, sala de sujos, sala de medicação, sala de consumo clínico, duas salas para registos, uma de enfermagem e uma médica, balcão administrativo, instalações sanitárias destinadas aos profissionais e duas instalações sanitárias para as pessoas internadas. O funcionamento do serviço assenta no trabalho em equipa multidisciplinar, envolvendo uma equipa médica de neurocirurgia com cinco neurocirurgiões e uma equipa médica ortopédica com oito

ortopedistas, uma equipa de enfermagem com trinta e oito enfermeiros, dos quais uma enfermeira gestora, quatro EEER, um EE em Saúde Mental e dois EE em Saúde Comunitária, dezasseis assistentes operacionais, duas assistentes técnicas e dois fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, como uma terapeuta da fala, um terapeuta ocupacional, um nutricionista e uma assistente social, favorecendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa (Monteiro et al., 2023). A articulação entre os diferentes elementos da equipa revelou-se essencial para o planeamento dos cuidados e para a definição de objetivos funcionais realistas, adequados à condição clínica e ao potencial de recuperação de cada pessoa. Adicionalmente, o funcionamento do serviço é apoiado por diversos serviços complementares considerados essenciais, que garantem o suporte indispensável ao diagnóstico, ao tratamento e à continuidade assistencial, tal como no contexto anterior.

À semelhança do contexto hospitalar, o serviço funciona em sistema de turnos, distribuídos entre o período da manhã, das 8h00 às 16h00, o turno da tarde, das 15h30 às 00h00, e o turno noturno, das 23h30 às 8h30 (Monteiro et al., 2023). A equipa de enfermagem adota o método individual de trabalho, no qual os doentes são distribuídos de acordo com as horas de cuidados determinadas pelo sistema de classificação em Cuidados de Enfermagem, ficando cada enfermeiro responsável pela prestação integral dos cuidados aos doentes que lhe são atribuídos durante o turno. Contudo, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a satisfação das necessidades da pessoa e da família, os objetivos de cuidados são definidos em articulação com a equipa multidisciplinar (Monteiro et al., 2023). A equipa ER adota igualmente o método individual de trabalho, funcionando como elemento de apoio à tomada de decisão pela equipa multidisciplinar, contribuindo para a definição e adequação dos cuidados prestados à pessoa e à família.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O presente capítulo reúne o enquadramento teórico e conceptual que sustenta a prática desenvolvida ao longo do EP, integrando os principais conceitos, teorias e referências que orientam a intervenção em ER. Inicia-se com a definição dos conceitos fundamentais para a compreensão da temática, seguindo-se a apresentação dos modelos conceptuais de enfermagem relevantes, a Teoria das Transições e a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, que serviram de base ao processo de tomada de decisão clínica. Posteriormente, é abordada a pessoa com AVC, explorando-se as implicações clínicas e funcionais desta condição. São ainda analisadas a taxonomia específica da ER aplicada à pessoa com AVC e os principais focos de intervenção que norteiam a prática especializada. Este enquadramento visa, assim, consolidar a fundamentação científica subjacente às intervenções realizadas e às competências desenvolvidas.

2.1. Definição de Conceitos

A clarificação conceptual constitui um elemento fundamental para a compreensão das bases teóricas e práticas que sustentam a intervenção em ER. Neste sentido, apresentam-se os conceitos nucleares que enquadram a atuação do EEER ao longo do presente relatório.

A **pessoa com necessidades especiais**, corresponde ao indivíduo que, ao longo do ciclo vital, se encontra impossibilitado de executar de forma independente atividades humanas básicas, devido a condições de saúde ou a deficiências temporárias ou permanentes de natureza física, mental, cognitiva ou psicológica (Leitão, 2004; Regulamento n.º 350/2015). Esta condição confere o direito à mobilização de serviços especializados que promovam o seu potencial de funcionamento biopsicossocial (Leitão, 2004; Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

A **pessoa com deficiência** é definida como aquela que, em consequência de perda ou anomalia congénita ou adquirida das estruturas ou funções do corpo, incluindo funções psicológicas, apresenta dificuldades específicas que, em interação com fatores ambientais, limitam a sua atividade e participação em igualdade de oportunidades com os restantes cidadãos (Lei n.º 38/2004; Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018). Independentemente da severidade da deficiência, a pessoa deve usufruir plenamente dos seus direitos de cidadania e aceder a condições de vida que assegurem a sua plena inclusão social (Lei n.º 38/2004; Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

O conceito de **ambiente** assume igualmente particular relevância, uma vez que os fatores ambientais, embora externos à pessoa, influenciam diretamente a sua estrutura e função corporal, bem como o seu desempenho no quotidiano e a capacidade para realizar tarefas (Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018). Assim, na ER, o ambiente constitui um alvo de intervenção que visa promover condições facilitadoras da

participação, autonomia e integração social da pessoa com limitação funcional ou deficiência (Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

Neste enquadramento, os **cuidados de ER** são entendidos como uma área especializada que assenta num corpo próprio de conhecimentos e procedimentos e cujo foco principal é a promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da recuperação da funcionalidade (Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018). Estes cuidados envolvem a prevenção de complicações, a maximização das capacidades remanescentes e o desenvolvimento do autocuidado, sendo orientados para a prevenção de riscos de alteração da funcionalidade, para a readaptação da pessoa após alterações do estado de saúde e para o reforço da sua capacidade de realização autónoma das atividades de vida diária (Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

Neste sentido, o **EEER** é aquele que detém competências avançadas para avaliar, prescrever, implementar e monitorizar intervenções específicas que visam o restabelecimento da funcionalidade e a promoção da autonomia (Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018). A sua prática baseia-se na elaboração de planos de reabilitação diferenciados, estruturados a partir da identificação das necessidades da pessoa e suas respostas humanas, e que integram ações destinadas a assegurar a capacidade funcional, prevenir ou minimizar incapacidades e promover o potencial remanescente (Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

O especialista concebe e desenvolve programas de reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, sexual, alimentar e de eliminação, assim como treinos de atividades de vida diária e intervenções orientadas para a readaptação motora e cardiorrespiratória, incorporando a evidência científica e as recomendações de boas práticas para garantir a qualidade dos cuidados prestados (Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

A **autonomia** pode ser entendida como a capacidade da pessoa gerir a sua vida de forma livre e consciente, tomando decisões racionais alinhadas com os seus valores, objetivos e preferências, preservando a autodeterminação e assumindo responsabilidade pelas suas

escolhas (Lange et al., 2018; Sousa et al., 2020). Representa um atributo central da dignidade humana e um elemento essencial para a qualidade de vida, especialmente em populações vulneráveis, como idosos ou pessoas com lesões incapacitantes, cuja condição de saúde pode comprometer a capacidade de autocuidado e participação social (Lima et al., 2021). A promoção da autonomia implica, por isso, um conjunto de intervenções que reforcem as capacidades físicas, cognitivas e emocionais da pessoa, enquanto favorecem a sua integração social e o acesso aos recursos necessários para a tomada de decisão informada (Lima et al., 2021). Neste sentido, a autonomia não se limita à ausência de dependência, mas traduz-se num processo contínuo de apoio, capacitação e reconhecimento da pessoa como agente ativo no seu percurso de saúde e reabilitação.

Após a definição de autonomia, o conceito de **empoderamento** surge como um enquadramento complementar e essencial nos cuidados de saúde, especialmente no contexto da doença crónica. O empoderamento é amplamente utilizado e tem uma influência significativa na prática clínica, refletindo os esforços contínuos para desenvolver estratégias educativas, operacionalizar o conceito e criar instrumentos capazes de avaliar as suas diferentes dimensões (Cerezo et al., 2016).

Neste sentido, o empoderamento pode ser entendido como um conceito aplicado ao nível individual, que assume simultaneamente a natureza de processo e de resultado (Cerezo et al., 2016). Enquanto processo, corresponde a uma dinâmica capacitadora em que os profissionais de saúde colaboram com a pessoa, promovendo a aquisição de conhecimentos, recursos e motivação (Cerezo et al., 2016). Enquanto resultado, traduz-se num maior controlo da pessoa sobre a sua condição, numa melhor capacidade de autogestão da doença e numa tomada de decisões mais informada (Cerezo et al., 2016). O empoderamento implica uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, uma vez que a simples promoção da literacia em saúde não é suficiente para induzir mudanças comportamentais, sendo necessária a integração de estratégias motivacionais (Cerezo et al., 2016). Destaca-se a importância do desenvolvimento de medidas de empoderamento

que integrem as suas múltiplas dimensões e níveis, desde o processo até aos resultados (Cerezo et al., 2016).

Sousa et al. (2020) salientam que o envolvimento da pessoa apenas ocorre após esta reconhecer as alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais que vivencia, destacando a autoconsciência como o ponto inicial e fundamental de um processo reflexivo de tomada de decisão.

A **independência** corresponde à capacidade de a pessoa realizar as atividades do quotidiano com pouca ou nenhuma ajuda de terceiros, permitindo-lhe gerir de forma autónoma as exigências da sua vida diária (Lili et al., 2024; Lima et al., 2022). Este conceito está intimamente relacionado com a capacidade funcional, uma vez que, segundo Lili et al. (2024), o nível de independência depende diretamente de fatores como a mobilidade, a força, a coordenação e a destreza física, que determinam o grau de autonomia com que a pessoa executa tarefas essenciais. A independência pode ser avaliada de forma objetiva através de instrumentos validados, como a Medida de Independência Funcional (MIF), que permitem identificar limitações, monitorizar progressos e orientar intervenções de reabilitação (Lili et al., 2024). Assim, a independência traduz não apenas a execução de atividades sem ajuda, mas também o potencial funcional que sustenta essa capacidade, constituindo um objetivo central na prática da ER.

Ambas se relacionam com o conceito de **capacitação**, entendido como processo através do qual a pessoa desenvolve conhecimento, competências e confiança para assumir o controlo da sua saúde e participar ativamente nas decisões relacionadas com o seu processo de reabilitação (Reis & Bule, 2023).

2.2. Modelos Conceptuais de Enfermagem

2.2.1. Teoria das Transições

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, foi selecionada como referencial teórico para sustentar este Relatório, dada a sua relevância para a compreensão dos processos de mudança vivenciados pela pessoa ao longo do ciclo vital. Enquanto teoria de médio alcance, inserida no paradigma da transformação, caracteriza-se por articular um conjunto coerente de conceitos que procuram explicar e descrever as relações inerentes a fenómenos específicos, favorecendo o entendimento aprofundado das respostas humanas às transições (Meleis, 2012).

Este modelo teórico permite interpretar de forma abrangente os processos de saúde/doença, ao centrar-se na forma como a pessoa responde às mudanças, integrando quatro componentes fundamentais: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), os fatores facilitadores ou inibidores (relacionados com a pessoa, a comunidade e a sociedade), os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e as terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010; Sousa et al., 2020). As transições são entendidas como experiências humanas marcadas por alterações progressivas que acompanham o ciclo de vida, influenciadas por fatores pessoais, sociais e ambientais, e traduzidas em modificações de expectativas, conhecimentos e competências (Cardoso & Brito, 2024).

Uma transição corresponde, assim, à passagem de um estado estável para outro, mediada por processos dinâmicos de mudança que representam verdadeiros pontos de viragem. Estas transições podem assumir diferentes tipologias: situacionais, desenvolvimentais, relacionadas com saúde/doença ou organizacionais, sendo este relatório particularmente orientado para a análise das transições de saúde/doença (Meleis, 2010; Silva et al., 2019). A identificação precoce destas mudanças é essencial, cabendo ao enfermeiro reconhecer a vulnerabilidade da pessoa e implementar intervenções que promovam um nível máximo

de autonomia, tendo como meta a aquisição de mestria e bem-estar (Meleis, 2012; Silva et al., 2019).

A teoria destaca, igualmente, a importância da consciencialização da pessoa relativamente à sua nova condição de saúde, especialmente quando esta implica alterações na funcionalidade e no autocuidado (Petronilho et al., 2021). A transição saudável é evidenciada quando a pessoa demonstra mestria sobre os novos comportamentos e significados associados à mudança, integrando de forma eficaz um novo agir que contribui para o seu bem-estar (Cardoso & Brito, 2024; Meleis et al., 2000). Neste sentido, um dos propósitos centrais da teoria consiste em orientar e facilitar processos de transição positiva, através de intervenções de enfermagem que favoreçam comportamentos e resultados saudáveis (Meleis, 2015).

Assente num paradigma de transformação, a Teoria das Transições coloca no centro dos cuidados a pessoa, a família e a comunidade. Promove a reformulação de significados, o desenvolvimento de novas competências, a autoeficácia e a construção de uma identidade capaz de integrar as mudanças de forma fluida e atempada (Cardoso & Brito, 2024). Neste contexto, o EEER desempenha uma responsabilidade determinante, operacionalizando as terapêuticas de enfermagem e monitorizando os indicadores de processo, com o objetivo de capacitar a pessoa para gerir a sua transição. Para tal, desenvolve ensinamentos, treinos e estratégias individualizadas, numa relação de parceria com a pessoa e em articulação com a equipa de saúde (Sousa et al., 2020).

A terapêutica de enfermagem, segundo Meleis, reflete a intencionalidade da ação profissional, assegurando que a intervenção do enfermeiro é conscientemente orientada para um propósito claro de cuidado, que visa apoiar a pessoa no seu processo de mudança e na construção de uma trajetória de saúde mais autónoma e ajustada à sua nova realidade (Meleis, 2012; Petronilho et al., 2021).

A escolha da Teoria das Transições de Afaf Meleis fundamenta-se na sua aplicabilidade aos processos complexos de mudança vivenciados pela pessoa em situação de doença, particularmente evidente no caso da pessoa com AVC. Perante o AVC, a transição

saúde/doença é marcada por perdas funcionais, dependência no autocuidado e necessidade de reconstrução de competências, exigindo uma intervenção sistematizada e intencional.

Neste âmbito, a Teoria das Transições oferece ao EEER um quadro estruturado que orienta a identificação dos condicionantes facilitadores e inibidores, a análise dos padrões de resposta e o planejamento das terapêuticas de enfermagem. A intervenção do ER nos focos *conhecimento e aprendizagem de capacidades* revela-se particularmente alinhada com este modelo teórico, uma vez que promove o empoderamento, a tomada de decisão informada e a passagem à ação (Sousa et al., 2020). Ao favorecer o desenvolvimento de habilidades e de autoeficácia, o EEER contribui para que a pessoa se sinta capaz de enfrentar os desafios do quotidiano decorrentes do seu processo de transição (Sousa et al., 2020). Desta forma, a teoria de Meleis sustenta não apenas a compreensão da experiência da pessoa com AVC, mas também a prática centrada na capacitação, na mestria e no bem-estar, elementos essenciais para uma transição saudável e para a recuperação funcional (Meleis, 2010, 2015; Sousa et al., 2020).

2.2.2. Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa

A Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, desenvolvida por McCormack e McCance, constitui um dos referenciais mais amplamente reconhecidos para orientar práticas clínicas que valorizam a individualidade, a autodeterminação e a participação ativa da pessoa nos cuidados (McCormack et al., 2011; McCormack & McCance, 2010, 2006). Esta teoria integra-se no paradigma da transformação, ao centrar-se na compreensão da pessoa na sua totalidade, valores, experiências, expectativas, crenças e contexto de vida, e ao reconhecer que a qualidade do cuidado depende da relação terapêutica, da comunicação efetiva e da parceria estabelecida entre enfermeiro e pessoa (McCormack et al., 2011; McCormack & McCance, 2010, 2006).

A estrutura conceptual (Figura 1.) proposta por McCormack e McCance (2010) organiza-se em quatro componentes fundamentais: os pré-requisitos (competências,

conhecimento profissional, compromisso ético e maturidade emocional do enfermeiro), o ambiente de cuidados (culturas de suporte, trabalho em equipa, tomada de decisão partilhada), os processos de cuidado centrado na pessoa (envolvimento ativo, empatia, facilitação e promoção da autonomia) e os resultados esperados (satisfação, bem-estar, *empowerment* e uma experiência positiva de cuidado). Esta estrutura enfatiza que o cuidado de qualidade só é alcançado quando existe uma relação genuína que reconhece a pessoa como parceira no seu processo de saúde.



Figura 1: Estrutura conceitual da Teoria do Cuidado Centrada na Pessoa. Fonte: McCormack & McCance (2010)

No contexto do AVC, esta teoria assume particular relevância, uma vez que a pessoa enfrenta mudanças abruptas na funcionalidade, no autocuidado e na identidade, exigindo cuidados altamente individualizados. A abordagem centrada na pessoa permite adaptar intervenções às necessidades e respostas humanas, objetivos e prioridades definidos pela própria pessoa e pela família, promovendo a sua participação ativa no processo de reabilitação (Martín-Sanz et al., 2022).

Esta perspetiva encontra suporte direto nas *guidelines* da Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), que defendem práticas baseadas em evidência orientadas para o

empowerment, a tomada de decisão partilhada, o respeito pela autonomia e o estabelecimento de relações terapêuticas consistentes (RNAO, 2025). Recomendações como *People-Centred Care* (RNAO, 2025), reforçam a necessidade de envolver a pessoa e a família no planeamento e implementação dos cuidados, integrando as suas preferências, expectativas e capacidades. Neste enquadramento, o EEER assume uma intervenção crucial ao operacionalizar intervenções que promovem a autonomia, a adaptação e a autoeficácia, garantindo que a pessoa participa ativamente no processo de reabilitação e compreende as implicações da sua condição.

2.3. A Pessoa com AVC

O AVC constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível mundial, representando um desafio clínico, social e económico de elevada magnitude (Feigin et al., 2016). De acordo com Feigin et al. (2016), estima-se que ocorram cerca de 12,2 milhões de novos casos anuais, sendo esta patologia responsável por aproximadamente 143 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs). Em Portugal, continua a ser a principal causa de morte, registando-se 9.177 óbitos por AVC no ano de 2023, correspondendo a 7,8% do total de mortes (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

A nível epidemiológico, a incidência e a mortalidade por AVC apresentam diminuição progressiva em países desenvolvidos, reflexo das melhorias na prevenção e no tratamento agudo; contudo, permanecem elevadas em países de baixos e médios rendimentos (Feigin et al., 2016). A European Stroke Organization (2018) destaca desigualdades no acesso à reabilitação, propondo metas até 2030 que incluem acesso universal a unidades de AVC e programas estruturados de reabilitação e acompanhamento.

O AVC caracteriza-se pela instalação súbita de défices neurológicos resultantes da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, podendo assumir duas formas principais: AVC isquémico e AVC hemorrágico (Canhão & Melo, 2023; Sacco et al., 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) define-o como uma perturbação da função cerebral causada por alterações do aporte sanguíneo.

O AVC isquémico, que representa cerca de 85% dos casos, surge pela obstrução de uma artéria cerebral, desencadeando a cascata isquémica (Dirnagl et al., 1999). Esta envolve falência energética, excitotoxicidade, inflamação, apoptose e formação de um núcleo de necrose circundado pela penumbra isquémica, região potencialmente recuperável caso a reperfusão ocorra atempadamente (Baron, 2001). As principais etiologias incluem aterosclerose, cardioembolismo e microangiopatia cerebral (O'Donnell et al., 2010).

O AVC hemorrágico, responsável por aproximadamente 15% dos casos, resulta da rutura de vasos intracranianos, provocando hemorragia intracerebral ou subaracnoideia (van

Asch et al., 2010). Este processo conduz a efeito de massa, aumento da pressão intracraniana, disfunção da barreira hematoencefálica e toxicidade dos produtos de degradação do sangue (Keep et al., 2012). A hipertensão arterial crónica constitui o principal fator de risco para hemorragia intracerebral, enquanto aneurismas e malformações arteriovenosas estão associados à hemorragia subaracnoideia (Cordonnier et al., 2018).

Independentemente do tipo, a neuroinflamação e a rutura da barreira hematoencefálica são fundamentais para a progressão do dano cerebral e desenvolvimento de edema citotóxico e vasogénico (Iadecola & Anrather, 2011).

Os fatores de risco do AVC dividem-se em modificáveis: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, obesidade, doenças cardíacas; e não modificáveis: idade, sexo, etnia, história familiar e alterações genéticas (Canhão & Melo, 2023). A fibrilhação auricular destaca-se como um dos mais relevantes fatores de risco cardioembólicos (O'Donnell et al., 2010).

As manifestações clínicas variam conforme o território cerebral afetado. Entre as alterações mais frequentes encontram-se: hemiparesia/hemiplegia, alterações da fala (afasia, e/ou disartria), défices sensoriais, alterações cognitivas, perturbações do equilíbrio e da marcha, alterações da visão e do campo visual (Chen et al., 2025; Gomes et al., 2021; Powers et al., 2019)

A hemiparesia corresponde à diminuição da força muscular num dos lados do corpo contralateral à lesão cerebral, enquanto a hemiplegia se refere à perda completa da função motora desse lado (Winstein et al., 2016). Estas sequelas resultam da interrupção das vias motoras centrais e constituem uma das manifestações mais frequentes após o AVC, afetando significativamente a mobilidade, a marcha, o equilíbrio e a capacidade para realizar atividades de vida diária, com impacto direto na autonomia e participação social (Langhorne et al., 2011; Winstein et al., 2016).

As alterações da marcha e do equilíbrio decorrem da combinação de défices motores, sensoriais e de coordenação, frequentemente associados à espasticidade e à assimetria

corporal (Winstein et al., 2016). Estas alterações aumentam o risco de quedas, condicionam a mobilidade funcional e representam um fator determinante na limitação da participação comunitária e no medo de cair, especialmente após o regresso ao domicílio (Batchelor et al., 2012; Winstein et al., 2016).

A espasticidade é definida como um aumento dependente da velocidade do tónus muscular, associado à hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento, resultante de lesão do neurónio motor superior (Francisco et al., 2021). Após o AVC, a espasticidade pode surgir semanas ou meses após o evento agudo, contribuindo para dor, limitação do movimento, dificuldades no autocuidado e maior dependência funcional (Francisco et al., 2021).

As alterações sensoriais incluem défices de sensibilidade tátil, proprioceptiva, térmica ou dolorosa, afetando um ou ambos os lados do corpo (Winstein et al., 2016). Estas sequelas comprometem a perceção corporal e a coordenação motora, interferindo com o desempenho funcional e aumentando o risco de lesões e quedas, sendo frequentemente subdiagnosticadas na prática clínica (Carey & Matyas, 2011; Winstein et al., 2016).

A afasia é uma perturbação adquirida da linguagem, resultante de lesão cerebral, que afeta a capacidade de compreender e/ou expressar linguagem verbal e escrita (Winstein et al., 2016). Pode manifestar-se em diferentes formas (expressiva, recetiva ou mista) e tem profundo impacto na comunicação, nas relações sociais e na identidade da pessoa, constituindo um fator crítico no processo de adaptação e transição após o AVC (Brady et al., 2016; Winstein et al., 2016).

A disartria consiste numa alteração da articulação da fala causada por fraqueza, lentidão ou falta de coordenação dos músculos envolvidos na produção da fala. Embora a linguagem esteja preservada, a inteligibilidade da fala pode estar comprometida, dificultando a comunicação funcional e contribuindo para isolamento social e frustração (Duffy, 2020).

A disfagia é uma alteração do processo de deglutição que pode envolver dificuldades nas fases oral, faríngea ou esofágica. Após o AVC, a disfagia está associada a risco aumentado

de aspiração, pneumonia, desnutrição e desidratação, exigindo vigilância contínua e adaptações nas rotinas alimentares da pessoa e da família (Martino et al., 2005; Powers et al., 2019).

Os défices cognitivos pós-AVC podem afetar a atenção, memória, funções executivas, percepção espacial e velocidade de processamento da informação (Winstein et al., 2016). Estas alterações interferem com a tomada de decisão, a autogestão da doença e o reaprendizado de competências, representando um desafio significativo no processo de transição para a autonomia no domicílio (Skidmore et al., 2010; Winstein et al., 2016).

As alterações emocionais incluem depressão, ansiedade, labilidade emocional e alterações da personalidade, frequentemente associadas às mudanças funcionais e à lesão cerebral. A depressão pós-AVC é uma das sequelas mais prevalentes e está relacionada com pior recuperação funcional, menor adesão à reabilitação e maior dificuldade no processo de adaptação à nova condição de vida (Hackett & Pickles, 2014; Towfighi et al., 2017).

Estas limitações repercutem-se na funcionalidade: cerca de metade dos sobreviventes apresenta fraqueza dos membros inferiores (Louie et al., 2022) e 50% apresentam perturbações do equilíbrio (Balaban & Tok, 2014; Khan et al., 2021). Após seis meses, um terço mantém incapacidade para caminhar de forma independente (Corbetta et al., 2015). O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica e em exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, que distinguem o AVC isquémico do hemorrágico e localizam o território da lesão (Duering et al., 2023; Wardlaw et al., 2015). A National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) quantifica a gravidade do AVC (Brott et al., 1989).

No AVC isquémico, o tratamento passa por trombólise intravenosa com ativador do plasminogénio tecidual até 4,5h de janela terapêutica após começo de sintomas (Powers et al., 2019), trombectomia mecânica até 24h, mediante evidência de tecido cerebral viável (Albers et al., 2018), controlo da pressão arterial, uso de antiagregantes e estatinas (Hankey, 2017). No AVC hemorrágico, o tratamento passa por controlo rigoroso da

pressão arterial, correção de coagulopatias e neurocirurgia, para drenagem do hematoma ou correção de malformações vasculares, em casos selecionados (Hemphill et al., 2015).

As sequelas pós-AVC comprometem a autonomia e a qualidade de vida, afetando diversas funções: motricidade, sensibilidade, equilíbrio, comunicação, deglutição, eliminação e cognição (Menoita et al., 2012). A extensão da lesão, a gravidade clínica e as comorbidades influenciam o prognóstico. A reabilitação precoce constitui um pilar fundamental na recuperação funcional e neuroplasticidade (Kennedy, 2021; Langhorne et al., 2011). O período mais favorável ocorre entre os primeiros três a seis meses, quando a plasticidade cerebral é mais acentuada (Frontera et al., 2019).

Posto isto, o AVC constitui um evento crítico e disruptivo no ciclo de vida da pessoa, frequentemente associado a alterações súbitas e persistentes ao nível funcional, cognitivo, emocional e social. Estas mudanças colocam a pessoa e a sua família perante a necessidade de reorganização contínua, particularmente evidente no período de transição entre os cuidados hospitalares e o regresso ao domicílio, reconhecido como uma fase de elevada vulnerabilidade (Langhorne et al., 2011).

À luz da Teoria das Transições, o percurso da pessoa com AVC pode ser compreendido como um processo complexo e dinâmico, no qual coexistem diferentes tipos de transição, nomeadamente a transição saúde–doença, a transição situacional associada à alta hospitalar e a transição de papéis, tanto da pessoa sobrevivente como dos seus familiares cuidadores (Meleis, 2010, 2015; Meleis et al., 2000). Estas transições não ocorrem de forma linear, sendo influenciadas por múltiplas condições pessoais, familiares, comunitárias e organizacionais.

A literatura evidencia que o período pós-alta é frequentemente marcado por sentimentos de incerteza, insegurança e insuficiente preparação para a gestão da nova condição de saúde, sobretudo quando existem défices motores, alterações cognitivas ou dificuldades de comunicação (Harrison et al., 2017). A ausência de continuidade de cuidados e a fragmentação entre níveis assistenciais surgem como fatores que comprometem a qualidade da transição, dificultando a adaptação da pessoa com AVC e aumentando o risco

de readmissão hospitalar (Burke et al., 2013). Pesquisas recentes apontam que a transição hospital-casa é caracterizada por **descontinuidade de cuidados**, informação insuficiente e sentimentos acentuados de insegurança por parte das pessoas com AVC e dos seus cuidadores (Bartoli et al., 2025; Bergamo Momisso & Bombarda, 2026). Estudos qualitativos evidenciam que tanto sobreviventes de AVC como cuidadores experienciam falta de preparação e orientação sobre o perfil de necessidades que emergem no contexto domiciliar pós-alta, o que contribui para um aumento da ansiedade, dificuldades de organização das rotinas de tratamento e potencial maior risco de eventos adversos como readmissões hospitalares (Bartoli et al., 2025; Veronese et al., 2025).

Do ponto de vista das condições pessoais, a gravidade do AVC, a presença de comorbidades, o nível de literacia em saúde e a autoeficácia percebida influenciam significativamente a forma como a pessoa vivencia o processo de transição (Jones et al., 2008). Paralelamente, sintomas frequentemente descritos como “invisíveis”, tais como fadiga, alterações cognitivas, ansiedade e depressão pós-AVC, têm impacto relevante na reintegração social e na percepção de controlo sobre a própria vida, sendo por vezes subvalorizados nos planos de cuidados (Hackett & Pickles, 2014).

A família, em particular o cuidador informal, desempenha um papel central no processo de transição, experienciando simultaneamente a sua própria transição de papéis. Estudos qualitativos demonstram que os cuidadores enfrentam desafios relacionados com a sobrecarga física e emocional, necessidade de aquisição de competências técnicas e adaptação a novas responsabilidades, frequentemente sem apoio formal adequado (Camak, 2015). Neste contexto, a transição da pessoa com AVC e a do cuidador configuram-se como processos interdependentes, devendo ser abordados de forma integrada.

No que se refere aos padrões de resposta descritos na Teoria das Transições, a adaptação bem-sucedida após um AVC associa-se ao desenvolvimento progressivo de competências de autocuidado, à capacidade de mobilização de recursos formais e informais e à reconstrução da identidade, integrando a experiência de doença sem que esta defina

exclusivamente a pessoa (Meleis, 2010; Salter et al., 2008). O conceito de mestria assume particular relevância, traduzindo-se na capacidade de a pessoa gerir a sua condição, prevenir complicações e participar ativamente no processo de reabilitação.

Neste enquadramento, a Teoria das Transições fornece uma base conceptual sólida para compreender o processo vivido pela pessoa com AVC como um percurso contínuo, influenciado por múltiplas dimensões e suscetível de intervenção. A sua aplicação permite identificar momentos críticos, necessidades específicas e oportunidades para a promoção de transições saudáveis, sustentando práticas de enfermagem e de reabilitação centradas na pessoa e na família.

2.4. Cuidados de ER à Pessoa com AVC

A intervenção precoce do EEER assume importância determinante no contexto do AVC, sobretudo na fase aguda, onde se procura prevenir complicações, promover a recuperação funcional e facilitar o processo de transição saúde-doença. A ER centra-se na promoção da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida da pessoa, atuando na prevenção de complicações e na capacitação para o autocuidado (Sequeira & Néné, 2021). O EEER concebe e implementa planos de intervenção diferenciados, orientados para a maximização do potencial funcional e a mitigação de incapacidades (Assembleia do Colégio da Especialidade de ER, 2014; Regulamento n.º 392/2019).

Durante o internamento em unidades de AVC, a intervenção do EEER integra avaliação neurológica e funcional, monitorização rigorosa, mobilização e reabilitação precoces, prevenção de complicações, capacitação da pessoa e cuidadores e preparação da alta (Gomes et al., 2021). A Norma nº 054/2011 da DGS (2011) reforça que a avaliação das necessidades de reabilitação deve ocorrer nas primeiras 24 a 48 horas (Nível de Evidência C).

O processo de enfermagem constitui um método científico que orienta a tomada de decisão e garante cuidados individualizados, promovendo ganhos funcionais (Alves et al., 2024; Marques-Vieira & Gonçalves, 2021). A uniformização da linguagem através da CIPE® assegura rigor nos diagnósticos, intervenções e resultados (International Council of Nurses, 2016; Ribeiro et al., 2021).

A avaliação neurológica inclui o estado de consciência, orientação e memória, pares cranianos, força e tónus muscular, sensibilidade, equilíbrio e marcha, linguagem, praxias e negligência unilateral (Menoita et al., 2012). A NIHSS permite quantificar o défice neurológico e orientar intervenções adequadas (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2024).

As principais áreas de intervenção incluem movimento muscular, espasticidade, equilíbrio, marcha, deglutição, eliminação e autocuidado (Assembleia do Colégio da Especialidade de ER, 2014).

A hemiparesia/hemiplegia afeta 50–80% das pessoas com AVC (Gomes et al., 2021). O programa de reeducação motora tem como objetivo preservar e recuperar a função motora, prevenir complicações da imobilidade e potenciar as capacidades remanescentes (Hu & Liu, 2021). Inicia-se com mobilizações passivas e ativo-assistidas na fase aguda, evoluindo para exercícios ativos e ativo-resistidos na fase subaguda, de acordo com a evolução da pessoa (Araújo et al., 2021). As intervenções incluem mobilizações segmentares, exercícios de fortalecimento muscular progressivo e treino sensório-motor, promovendo a recuperação da força, coordenação e controlo motor. Este programa contribui para a prevenção de atrofia muscular, rigidez articular e trombose venosa profunda (Amaro et al., 2024; Araújo et al., 2021; Teixeira et al., 2023).

Em relação à espasticidade, o programa de reabilitação é fundamental, iniciando-se precocemente para evitar deformidades e limitações funcionais (Araújo et al., 2021). As intervenções incluem posicionamento em padrão antispástico, exercícios musculares passivos ou ativos-assistidos, alongamentos lentos e sustentados e técnicas de inibição do tónus com calor/frio (Araújo et al., 2021). Este programa visa manter a amplitude articular, reduzir a dor associada à espasticidade e facilitar a execução de movimentos funcionais, contribuindo para maior independência nas atividades de vida diária (Araújo et al., 2021). A nível neurossensorial, o programa de reabilitação direciona-se à recuperação da simetria facial, da perceção corporal e da atenção ao hemiespaço afetado. No caso da paresia facial, são realizados exercícios motores específicos dos músculos da face, estimulação sensorial (massagem dos músculos da face) e treino funcional associado à comunicação e alimentação (Araújo et al., 2021).

Alterações da deglutição atingem mais de 50% das pessoas após AVC e estão associadas a pneumonia por aspiração, desnutrição e desidratação (Dziewas et al., 2021). A aplicação da escala Gugging Swallowing Screen (GUSS) por enfermeiros revelou-se um instrumento

simples, válido e fiável, capaz de identificar de forma não invasiva os distúrbios de deglutição (Ferreira et al., 2018). As intervenções incluem exercícios motores da face, ensino sobre estratégias compensatórias posturais, sensoriais (estimulação sensorial com variação de temperatura, sabor e textura) e de consistência, exercícios motores da face e cavidade oral, ensino da tosse eficaz, treino de técnicas de deglutição e adaptação da dieta (Araújo et al., 2021; Sá et al., 2023). Este programa visa reduzir o risco de aspiração, pneumonia, desnutrição e desidratação, promovendo uma alimentação segura e funcional (Araújo et al., 2021).

Relativamente à negligência unilateral, as intervenções incluem técnicas de estimulação sensorial como dicas visuais, verbais e/ou auditivas, a vibração, a estimulação térmica, estimulação visual (como terapia do espelho para reabilitação do membro superior) treino de ativação do membro e rotação do tronco e técnica de facilitação cruzada (Araújo et al., 2021; Freitas et al., 2022). Estas intervenções visam melhorar a consciência corporal, a funcionalidade e a segurança da pessoa (Araújo et al., 2021; Freitas et al., 2022).

Por sua vez, a reabilitação respiratória tem como objetivo otimizar a função respiratória, prevenir complicações pulmonares e promover a tolerância ao esforço, contribuindo para maior desempenho nas Atividades de Vida Diária (AVD) (Alves & Grilo, 2022)

Relativamente ao equilíbrio, o objetivo é melhorar o controlo postural e a estabilidade, essenciais para a mobilidade e prevenção de quedas (Araújo et al., 2021). As intervenções incluem técnica de treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado ou em pé), correção postural, exercícios de alternância de carga e integração do equilíbrio em tarefas funcionais (Araújo et al., 2021; Jesus Rocha et al., 2020; Santos et al., 2020). Este programa promove a segurança, a confiança e a preparação para a marcha e outras atividades funcionais (Araújo et al., 2021).

A incontinência urinária pós-AVC é frequente e impacta a autonomia e a qualidade de vida. As intervenções incluem treino vesical, programação da micção, controlo respiratório, exercícios isométricos dos músculos glúteos, abdominais e do pavimento pélvico, bem como ensino de estratégias comportamentais (Braga et al., 2023). Este programa contribui

para a redução das perdas urinárias, aumento da independência e melhoria da autoestima da pessoa.

A nível do autocuidado, o foco centra-se na capacitação da pessoa e dos cuidadores, promovendo a reaprendizagem das AVD, como higiene, vestir/despir e transferir-se (Araújo et al., 2021). Inclui ensino estruturado, adaptação de técnicas, utilização de ajudas técnicas e treino em contexto real (Araújo et al., 2021). Este programa é fundamental na fase de transição para o domicílio, promovendo a autonomia, a continuidade dos cuidados e a reinserção familiar e social (Araújo et al., 2021).

A reabilitação da marcha é desenvolvida de forma progressiva, iniciando-se com treino de ortostatismo e evoluindo para treino de marcha com ou sem auxiliares, de acordo com as capacidades da pessoa, realizando o ensino dos padrões de marcha adequados, exercícios terapêuticos como ponte, rolamentos e treino de transferências e tecnologias como estimulação elétrica funcional e dispositivos robóticos (Araújo et al., 2021; Mehrholz et al., 2020). Este programa visa melhorar a autonomia, reduzir o risco de quedas e promover a participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação (Araújo et al., 2021).

A intervenção estruturada melhora a segurança, autonomia e reduz risco de quedas (Santos et al., 2020). A promoção da autonomia exige ensino estruturado, assegurando uma transição saudável para o domicílio (Gomes et al., 2021). A capacitação abrange autocuidados, gestão de complicações, continuidade do exercício e adaptações no domicílio (Sousa et al., 2020). Programas de Reeducação Funcional Motora individualizados aumentam a adesão e eficácia da reabilitação (Matos & Simões, 2020).

A literatura demonstra que a reabilitação precoce melhora a recuperação funcional (Aderinto et al., 2023), mobilização intensiva nas primeiras 24h deve ser evitada (Winstein et al., 2016) e as unidades de AVC reduzem mortalidade e aumentam independência (Langhorne & Ramachandra, 2020).

O EEER, com formação especializada e raciocínio clínico baseado na evidência, desempenha uma responsabilidade central na otimização dos resultados da pessoa com AVC.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

O presente capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências adquiridas ao longo do EP, enquadrando-as no processo de aprendizagem clínica e na prática especializada em ER. A reflexão sistemática sobre as competências constitui um elemento central na formação avançada, permitindo identificar progressos, reconhecer áreas de melhoria e compreender de que forma os diferentes contextos de prática contribuíram para a consolidação do desempenho profissional. Esta abordagem fundamenta-se na integração entre teoria, evidência científica, experiência prática e reflexão pessoal, elementos indispensáveis ao exercício autónomo, seguro e qualificado do EE.

O capítulo encontra-se organizado em três subsecções, cada uma delas dedicada a um domínio específico de competências.

3.1. Análise das Competências Comuns do EE

Esta secção aborda as Competências Comuns do EE, analisando a forma como estas foram mobilizadas e aprofundadas ao longo do EP, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Antes de analisar criticamente a prática, importa apresentar por extenso as competências definidas pela OE, segundo o Regulamento n.º 140/2019.

No domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal: “a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Relativamente à Melhoria contínua da qualidade: “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; c) Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). No Domínio da Gestão dos cuidados: “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). E por fim no domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Estes domínios, embora analisados individualmente, revelam-se intrinsecamente interligados, pelo que o desenvolvimento de uma competência influencia e reforça inevitavelmente as restantes. A prática clínica permitiu vivenciar essa interdependência, evidenciando que um EE e, sobretudo, um Mestre em ER, necessita de exercer simultaneamente liderança ética, rigor científico, capacidade organizacional, sentido

crítico e comprometido com a aprendizagem permanente. Assim, a reflexão seguinte articula cada domínio com exemplos concretos, sustentação teórica e exigências ético-legais, garantindo uma perspectiva integrada e coerente do percurso formativo.

O **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** foi vivenciado de forma particularmente intensa, sobretudo porque os contextos hospitalar e comunitário colocaram desafios éticos concretos e exigiram tomadas de decisão fundamentadas em princípios bioéticos, legislação e diretrizes internacionais. O exercício da Enfermagem implica que todas as ações realizadas pelo profissional sejam guiadas pelo cumprimento rigoroso dos princípios éticos, legais e deontológicos, assegurando sempre o respeito pela dignidade, pelos direitos e pela autonomia da pessoa cuidada (Regulamento n.º 140/2019; Lei n.º 8/2024). Para compreender o impacto deste domínio na prática, é necessário revisitar os quatro princípios fundamentais da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Comissão Nacional da UNESCO, 2005; Ginghină, 2023; Renaud & Renaud, 1996).

O princípio da autonomia refere-se ao dever ético e legal de respeitar as escolhas e decisões verdadeiramente livres, conscientes e independentes da pessoa no âmbito dos cuidados de saúde (Comissão Nacional da UNESCO, 2005; Ginghină, 2023; Renaud & Renaud, 1996). Este princípio reconhece que cada pessoa possui o direito de autodeterminação, isto é, de decidir sobre o que considera ser o melhor para si, após receber informação adequada e compreender as implicações das suas opções (Ginghină, 2023; Renaud & Renaud, 1996).

A autonomia implica, de forma essencial, a existência de consentimento informado, entendido como um direito fundamental do cliente dos serviços de saúde, consagrado nos artigos 3.º e 4.º da Lei n.º 15/2014. Paralelamente, a Lei n.º 156/2015 determina que é dever do enfermeiro “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, assegurando que este processo decorra de forma ética e transparente.

Para que o consentimento informado seja genuinamente livre, sem qualquer tipo de coação, manipulação ou influência indevida, o profissional de saúde deve garantir que a informação é clara, completa, objetiva e compreensível, permitindo que a pessoa avalie as alternativas e manifeste a sua decisão de forma voluntária, seja ela aceitar ou recusar um determinado cuidado (Comissão Nacional da UNESCO, 2005; Ginghină, 2023; Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, sem data; Renaud & Renaud, 1996).

Contudo, quando a pessoa perde a sua autonomia e não apresenta capacidade para expressar um consentimento válido, o princípio da autonomia requer a aplicação de proteção especial. Nestes casos, qualquer intervenção deve ser realizada apenas quando se encontra em conformidade com os direitos, dignidade e melhor interesse da pessoa, salvaguardando a sua integridade e evitando procedimentos desnecessários ou contrários ao seu bem-estar (Comissão Nacional da UNESCO, 2005). Assim, o princípio da autonomia constitui um pilar central da prática em saúde, orientando a relação terapêutica para o respeito pela pessoa, pelo seu valor intrínseco e pela sua capacidade de decisão.

A aplicação deste princípio traduziu-se em explicações claras, adaptações comunicacionais para pessoas com défice cognitivo ou dificuldades sensoriais e envolvimento da família como parceira de cuidados, de acordo com a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, que defende que a autonomia não é apenas uma decisão individual, mas um processo relacional (McCormack & McCance, 2010). Em contexto comunitário, a promoção da autonomia foi particularmente relevante ao adaptar intervenções ao contexto real do domicílio, incentivando a participação da pessoa na definição de objetivos e estratégias de reabilitação.

No âmbito deste domínio, as elaborações de estudos de caso respeitaram também rigorosamente os princípios éticos e legais aplicáveis. Para o efeito, foram solicitados dois pareceres à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, tendo sido obtidos pareceres favoráveis, conforme documento em anexos (Anexos I e II). Adicionalmente, foi assegurada a obtenção do consentimento informado, por escrito, por parte dos participantes, garantindo a sua participação livre, esclarecida e voluntária. Este

procedimento refletiu o compromisso com a proteção dos direitos, da dignidade e da confidencialidade dos intervenientes, promovendo uma prática profissional responsável, ética e legalmente fundamentada.

O princípio da beneficência estabelece que todas as ações do profissional de saúde devem ter como finalidade promover o bem-estar da pessoa, garantindo que a intervenção realizada produz um benefício real, isto é, que a pessoa cuidada fica melhor do que ficaria se essa intervenção não tivesse sido efetuada. Este princípio orienta a prática clínica para a promoção ativa da saúde, da funcionalidade e da qualidade de vida, sustentando a obrigação moral de atuar de forma positiva, construtiva e centrada na pessoa (DeGrazia & Millum, 2021; Ginghină, 2023; Renaud & Renaud, 1996).

A beneficência exige que o profissional avalie cuidadosamente as necessidades e respostas humanas específicas da pessoa que é alvo dos cuidados e selecione intervenções que ofereçam o maior benefício possível, com base na evidência científica, na experiência clínica e no respeito pela dignidade humana. Não se limita a evitar o mal, mas envolve um compromisso ativo em promover o bem, aliviar o sofrimento, restaurar capacidades e contribuir para a melhoria da condição física, psicológica ou social da pessoa.

Este princípio encontra respaldo na Carta dos Direitos do Doente Internado, que estabelece que a pessoa internada tem direito a “receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde (...) que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil” (Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, sem data, pp. 4–5). Assim, a beneficência implica não apenas que os cuidados sejam adequados, mas também atempados, eficazes e ajustados às prioridades clínicas da pessoa.

Dessa forma, o princípio da beneficência constitui um pilar essencial da ética dos cuidados de saúde, orientando o profissional para uma atuação responsável, competente e comprometida com a promoção do bem-estar e da melhoria contínua do estado de saúde de cada pessoa. Este princípio orientou intervenções que visaram maximizar o bem-estar, incluindo treinos respiratórios adaptados, exercícios cardiorrespiratórios progressivos, programas de mobilização precoce e intervenções estruturadas de avaliação e reeducação

da deglutição. Cada intervenção foi justificada com base na evidência mais recente, garantindo que os cuidados prestados favoreciam a funcionalidade, a qualidade de vida e a uma transição saudável.

O princípio da não maleficência estabelece a obrigação ética de o profissional de saúde evitar causar dano à pessoa, seja esse dano físico, psicológico ou moral. Este princípio assenta na ideia fundamental de que nenhuma intervenção deve gerar prejuízo injustificado e de que o prestador de cuidados tem o dever de agir de forma responsável, prudente e segura (DeGrazia & Millum, 2021; Ginghină, 2023; Renaud & Renaud, 1996).

A não maleficência implica que todas as ações realizadas no contexto dos cuidados de saúde devem ser cuidadosamente ponderadas, avaliando-se não apenas os seus potenciais benefícios, mas também os riscos envolvidos (DeGrazia & Millum, 2021; Ginghină, 2023; Renaud & Renaud, 1996). Quando a ação apresenta probabilidade significativa de causar dano sem que exista uma justificação clínica, ética ou proporcional, a intervenção é considerada inadequada ou mesmo eticamente questionável (Comissão Nacional da UNESCO, 2005). Assim, o profissional deve abster-se de qualquer procedimento que possa comprometer a integridade, a segurança ou o bem-estar da pessoa, a menos que exista um motivo válido e proporcional que o legitime.

Este princípio orienta a prática clínica para a prevenção do sofrimento evitável, para a redução de riscos e para a aplicação de intervenções baseadas em evidência, garantindo que o cuidado prestado não apenas busca beneficiar, mas também preserva a dignidade e protege a pessoa de danos desnecessários (Comissão Nacional da UNESCO, 2005; Ginghină, 2023; Renaud & Renaud, 1996).

Assim, a não maleficência constitui um dos pilares centrais da ética em saúde, sustentando uma prática responsável, prudente e comprometida com a segurança e o bem-estar de cada pessoa. O princípio manifestou-se na seleção de instrumentos validados e seguros, na vigilância rigorosa durante exercícios de equilíbrio ou marcha, e, sobretudo, na identificação e correção de práticas inseguras de mobilização por parte de assistentes operacionais. Este caso particular deu origem a uma formação estruturada em ergonomia,

com o objetivo de proteger simultaneamente os profissionais e as pessoas cuidadas, justificando plenamente a intervenção pela necessidade ética de prevenir danos iatrogénicos. Por outro, a segurança das intervenções foi assegurada através da definição rigorosa de parâmetros de segurança que orientaram toda a prática, nomeadamente a monitorização da frequência cardíaca, frequência respiratória, dor e saturação periférica de oxigénio, avaliação da escala de percepção de esforço de Borg. Estes parâmetros foram utilizados como critérios de referência para avaliar a estabilidade da pessoa antes, durante e após cada intervenção, garantindo que esta decorresse sem riscos acrescidos. Ao adotar estes indicadores como limites de segurança, foi possível identificar precocemente sinais de esforço, desconforto ou descompensação, ajustando de imediato a abordagem sempre que necessário. Desta forma, assegurou-se que todas as ações realizadas respeitavam o princípio ético da não maleficência, promovendo cuidados seguros, responsáveis e adequados à situação de cada pessoa.

O princípio da justiça refere-se à obrigação ética de tratar cada pessoa de forma justa, equitativa e digna, assegurando que todos recebam o cuidado que verdadeiramente merecem de acordo com as suas necessidades e com os padrões de qualidade definidos para a prática profissional (DeGrazia & Millum, 2021; Ginghină, 2023; Renaud & Renaud, 1996). Este princípio implica que nenhum indivíduo deve ser discriminado ou beneficiado injustamente, devendo o acesso aos cuidados de saúde ser guiado por critérios éticos, clínicos e humanos (DeGrazia & Millum, 2021).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos reforça este entendimento ao afirmar que existe uma igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e direitos, que deve ser plenamente respeitada para que cada pessoa seja tratada com justiça e equidade (Comissão Nacional da UNESCO, 2005). Assim, o princípio da justiça exige que as decisões em saúde sejam imparciais e que a distribuição dos recursos, cuidados e oportunidades seja realizada de forma equilibrada, atendendo às necessidades reais das pessoas cuidadas.

No contexto da prática de enfermagem, a Lei n.º 156/2015 reconhece a justiça como um dos valores universais que devem orientar a relação profissional, a par da igualdade, da autonomia, da liberdade responsável, da verdade, do altruísmo, da solidariedade, da competência e do aperfeiçoamento profissional. Estes valores estabelecem a base ética para que o enfermeiro atue com integridade, imparcialidade e responsabilidade social.

No âmbito específico da ER, aplicar o princípio da justiça significa garantir que cada pessoa receba os cuidados de reabilitação que merece, isto é, cuidados especializados que respeitam os PQCEER. Isso inclui assegurar que os recursos, intervenções e tempo profissional sejam distribuídos de forma adequada, proporcional às necessidades e respostas de cada pessoa, promovendo a sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Assim, o princípio da justiça constitui um alicerce ético essencial, orientando a prática de cuidados para uma distribuição equitativa, digna e responsável, onde cada pessoa é valorizada e atendida com respeito e imparcialidade. Este manifestou-se na prestação de cuidados equitativos, mesmo em situações de grande limitação socioeconómica ou arquitetónica. No domicílio, foram identificadas barreiras arquitetónicas e ambientais, promovendo soluções acessíveis e adaptadas, garantindo que a funcionalidade e a inclusão social não eram condicionadas pela desigualdade estrutural.

A aplicação dos princípios éticos foi complementada pela observação rigorosa das normas legais e deontológicas. O tema do consentimento informado ilustra essa responsabilidade. Ao longo de toda a minha formação académica, garanti o respeito absoluto pela privacidade e confidencialidade das pessoas que prestava cuidados, obtendo igualmente os devidos consentimentos informados, tanto para a elaboração de relatos de caso como para a prestação de cuidados. Nos estudos de caso clínicos realizados, o consentimento foi obtido junto dos tutores legais, pois os alvos dos cuidados encontravam-se incapazes de o fornecer por motivos neurológicos e cognitivos. Esta opção encontra respaldo na legislação nacional, nomeadamente no Código Civil (Decreto-Lei n.º 47344) e na Lei n.º 12/2005, e cumpre os princípios éticos defendidos pela Declaração de Helsínquia (75th World Medical Association General Assembly, 2024) e Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia

da República n.º 1/2001). Em situações de incapacidade temporária, particularmente no hospital durante episódios de agudização, a decisão da equipa sobre intervenções urgentes de reabilitação seguiu as orientações éticas internacionais, que recomendam decisões baseadas no melhor interesse da pessoa, envolvendo a família sempre que possível, garantindo respeito, dignidade e proteção.

Durante a minha prática clínica, procurei que todas as minhas decisões relativas aos cuidados fossem fundamentadas em princípios éticos, valores profissionais e normas deontológicas. Trabalhei em parceria com cada pessoa para ultrapassar dificuldades, respeitando a sua autonomia, nomeadamente no que se refere ao início das intervenções ou ao tipo de abordagem realizado. No contexto comunitário, negocie, sempre que possível, o horário das visitas domiciliárias de forma a adequar as sessões à rotina, aos horários e à individualidade de cada pessoa. As minhas decisões foram sustentadas no conhecimento teórico e no diálogo com as enfermeiras que me acompanharam e orientaram ao longo do processo.

O domínio de competências da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal é a base que orienta e regula a conduta do enfermeiro, definindo os princípios que devem nortear o exercício profissional. Este domínio estabelece que o enfermeiro deve agir com integridade, responsabilidade e respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa, garantindo a confidencialidade, a privacidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

A relação terapêutica só é possível e genuína quando assente nestes princípios éticos e legais. Esta é definida como um processo interpessoal complexo, intencional e estruturado, que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa (e a sua família), e que constitui um dos pilares fundamentais do cuidar em Enfermagem (Bray, 2003; Leon & Knapp, 2008; Meireles Pinto et al., 2020). Esta relação desenvolve-se através de uma comunicação autêntica, empática, ética e eficaz, orientada para a ajuda, o apoio e a promoção do bem-estar (Bray, 2003). Ela exige que o enfermeiro esteja atento às necessidades essenciais da pessoa e da família, compreendendo o seu contexto cultural,

social, emocional e clínico, com o objetivo de oferecer um cuidado humanizado, individualizado e significativo (Bray, 2003; Leon & Knapp, 2008; Martins, 2021; Rodrigues, 2014). Ao incorporar conhecimento científico, competências comunicacionais, habilidades relacionais e sensibilidade humana, a relação terapêutica é o meio através do qual o enfermeiro estabelece um clima de confiança, respeito e colaboração, indispensável ao processo terapêutico.

A evidência científica demonstra que, para que esta relação seja eficaz, o enfermeiro deve desenvolver um conjunto de atitudes e competências que incluem empatia, escuta ativa, autenticidade, capacidade de motivação, sensibilidade cultural e respeito profundo pelas experiências de vida, valores e crenças da pessoa (Bray, 2003; Leon & Knapp, 2008; Martins, 2021; Rodrigues, 2014). Assim, a relação terapêutica não é apenas uma interação técnica ou funcional: é um encontro humano orientado por objetivos clínicos, onde o enfermeiro atua como facilitador do cuidado, respeitando a individualidade e promovendo a participação ativa da pessoa em todas as etapas do processo de saúde.

A Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa fundamenta-se no reconhecimento de que cada pessoa é um ser único, dotado de valores, preferências, história de vida e necessidades específicas que devem ser consideradas no planejamento e execução dos cuidados (McCormack et al., 2011; McCormack & McCance, 2010, 2006). Neste sentido, a relação terapêutica é o espaço privilegiado onde esse princípio ganha expressão prática.

Ao envolver a pessoa como parceira na tomada de decisão, o enfermeiro promove a sua autonomia, reforça o seu papel ativo e reconhece o seu direito a participar no próprio processo de cuidar (McCormack & McCance, 2010, 2006). A relação deixa de ser assimétrica e passa a ser colaborativa, baseada no diálogo e na partilha de responsabilidades.

Por outro lado, a Teoria das Transições, descreve os desafios e processos de adaptação que a pessoa enfrenta perante mudanças significativas provocadas por doença, incapacidade, hospitalização, perda de funcionalidade ou alterações do estado de saúde (Meleis, 2010, 2015; Silva et al., 2019). Estes momentos caracterizam-se muitas vezes por

vulnerabilidade, incerteza, ansiedade e risco acrescido de descontinuidade do bem-estar (Meleis, 2010, 2015).

É precisamente neste contexto que a relação terapêutica se torna essencial. Através dela, o enfermeiro pode avaliar o estado emocional, a percepção de mudança, os fatores facilitadores ou inibidores da adaptação, e oferecer apoio emocional, educacional e motivacional (Meleis, 2010, 2015). Deste modo, a relação terapêutica torna-se o instrumento que operacionaliza o Cuidado Centrado na Pessoa, garantindo que os cuidados são coerentes com a identidade, dignidade, expectativas e preferências individuais da pessoa.

Assim, a articulação entre ética, legislação, teorias de enfermagem e evidência científica consolidou um exercício profissional consciente, responsável e fundamentado, que se tornou uma marca essencial no desenvolvimento das competências de Mestre e especialista. Neste sentido considero que atingi o objetivo proposto “Assegurar a prestação de cuidados de ER em conformidade com os princípios éticos, legais e deontológicos, assumindo a responsabilidade profissional inerente”.

A **melhoria contínua da qualidade** constituiu um eixo estruturante da minha prática clínica ao longo dos estágios, justificando a dinamização de diversas iniciativas orientadas para a segurança, a eficácia e a uniformização dos cuidados. Este domínio ganhou especial relevância porque se articulou diretamente com os PQCEER, nomeadamente a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a reeducação funcional e a organização dos cuidados.

Em contexto comunitário, após observar a inexistência de um procedimento padronizado para avaliação da deglutição, desenvolvi uma formação específica (Apêndices I-III) e construí um conjunto de materiais, incluindo uma box de avaliação e um guia de apoio fundamentado nas orientações internacionais e na literatura atual (Apêndice IV). Esta intervenção permitiu melhorar a segurança da pessoa, reduzir riscos de aspiração e uniformizar a prática profissional, atuando diretamente sobre os padrões de prevenção de complicações e promoção da saúde.

No contexto hospitalar, a melhoria contínua traduziu-se através da dinamização duma sessão formação (Apêndices V-VII) dirigido aos assistentes operacionais sobre ergonomia e mobilização segura, após identificar práticas de risco que poderiam resultar em lesões tanto para os profissionais como para a pessoa. A formação, suportada em evidência atual, associou ensino teórico à prática supervisionada e ficou complementada por um guia visual (Apêndice VIII), promovendo a qualidade dos cuidados, a prevenção de complicações e a segurança do ambiente terapêutico. Neste sentido, consegui atingir o objetivo inicialmente definido de “Dinamizar Ações de Formação em Serviço”, que, após análise do objetivo, foi ajustado para: “Contribuir como agente facilitador da implementação de práticas baseadas na evidência”. No entanto, após observar atentamente as dinâmicas da instituição e identificar uma necessidade concreta de capacitação da equipa, este objetivo foi ajustado para uma meta mais específica e relevante: “Dinamizar uma Ação de Formação em Serviço para os assistentes operacionais, sobre técnicas de mobilização e transferência”. Esta reformulação permitiu direcionar o foco para uma área de grande impacto na segurança e na qualidade dos cuidados, garantindo que a formação desenvolvida fosse pertinente, útil e alinhada com as necessidades reais da equipa e das pessoas cuidadas.

Outra iniciativa relevante foi a criação de um livro de bolso contendo instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa (Apêndice IX). Esta ferramenta aumentou a precisão diagnóstica, facilitou a recolha de dados e contribuiu para a uniformização de práticas entre ambos os contextos, promovendo assim a qualidade e a organização dos cuidados, um dos pilares fundamentais dos PQCEER.

Estas experiências revelaram que a melhoria contínua não depende apenas da implementação de boas práticas, mas também da capacidade de identificar lacunas, propor soluções fundamentadas e mobilizar equipas. Este percurso reforçou as competências de Mestre relacionadas com a capacidade de aplicar conhecimento inovador e desenvolver intervenções originais em contexto real.

O **domínio da gestão dos cuidados** traduziu-se sobretudo na capacidade de organizar, planejar e priorizar intervenções de reabilitação, ajustando-as aos recursos disponíveis, ao estado da pessoa e às exigências contextuais. Nos primeiros dias de EP, a gestão do tempo e das prioridades representou um desafio, sobretudo devido à complexidade dos casos e ao ritmo do contexto hospitalar. No entanto, a experiência progressiva permitiu desenvolver critérios de priorização fundamentados na segurança, na complexidade clínica e na evidência, permitindo otimizar cuidados e reduzir tempos desnecessários.

Ao longo do meu percurso clínico, a interação contínua com a equipa permitiu-me assumir gradualmente como uma referência no contexto dos cuidados. Em algumas conversas informais com a equipa, estimulei momentos de reflexão conjunta sobre diferentes formas de atuar e de tomar decisões no contexto dos cuidados. Os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar começaram a procurar-me para esclarecer dúvidas relacionadas com as intervenções, reconhecendo a minha disponibilidade e competência técnica. Em diversas situações, fui igualmente solicitado a apoiar diretamente as pessoas que apresentavam necessidades mais complexas, garantindo uma abordagem segura, eficaz e ajustada às respostas humanas. Esta confiança depositada em mim refletiu não apenas o meu compromisso com a qualidade dos cuidados, mas também a capacidade de assumir funções de liderança, promovendo a colaboração e contribuindo para a melhoria do trabalho em equipa.

Com isso, alcancei o objetivo inicialmente definido de “Promover uma articulação com toda a equipa multidisciplinar”, fortalecendo a comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado. Contudo, à medida que fui integrando a dinâmica institucional e identificando necessidades específicas da equipa, este objetivo foi reajustado para uma meta mais direcionada: “Promover uma articulação com toda a equipa multidisciplinar no processo de tomada de decisão”. Esta reformulação permitiu centrar esforços na construção de um trabalho verdadeiramente colaborativo, em que a partilha de informação, a discussão clínica e a definição conjunta de intervenções se

tornaram parte essencial do processo, contribuindo para decisões mais eficazes e centradas na pessoa cuidada.

Um desafio particularmente exigente foi a gestão das expectativas da equipa médica, que frequentemente solicitava intervenções rápidas para acelerar altas. A necessidade de conciliar estas expectativas com a qualidade e segurança dos cuidados exigiu assertividade, fundamentação científica e capacidade de diálogo interdisciplinar. A participação em reuniões clínicas e a apresentação de planos de reabilitação fundamentados permitiram ajustar as expectativas da equipa e integrar a reabilitação como parte estruturante do plano terapêutico.

A gestão dos cuidados também implicou liderança pedagógica e organizacional, visível nas formações realizadas e na orientação individualizada de assistentes operacionais e cuidadores informais. Esta liderança está alinhada com a literatura recente, que descreve o EEER como um agente dinamizador de mudança, responsável por promover competências na equipa e por contribuir para resultados funcionais superiores.

A participação no “Webinar – Desafios da Gestão em Enfermagem” (Anexo III), promovido pela Ordem dos Enfermeiros, constituiu uma oportunidade formativa relevante para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados. Este evento permitiu não só a aquisição de conhecimentos, mas também a reflexão crítica sobre temáticas centrais para a prática profissional, nomeadamente os desafios atuais da gestão em enfermagem, o poder da gestão em enfermagem enquanto instrumento de liderança, influência e tomada de decisão, e a qualidade em saúde como ferramenta essencial de gestão dos cuidados de enfermagem. A abordagem destas temáticas possibilitou uma compreensão mais aprofundada do papel do enfermeiro na governação clínica, na organização dos serviços e na promoção de cuidados seguros e de qualidade, reforçando a importância da articulação entre gestão, prática assistencial e melhoria contínua dos cuidados.

O último domínio integra competências essenciais no **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, exigindo uma prática guiada pelo autoconhecimento, pela

aprendizagem contínua e pela integração rigorosa da evidência científica. A participação em formações especializadas da Plataforma Initiative Angels, como “Dysphagia Course” (Anexo IV), “Patient Mobilization in Bed – An Important Element of Early Post-Stroke Rehabilitation” (Anexo V) e “Stroke Basics Care” (Anexo VI), permitiu aprofundar conhecimentos diretamente aplicáveis à prática e atualizar intervenções clínicas orientadas pela melhor evidência.

A participação em encontros científicos, como as I Jornadas de ER da ULS Algarve (Anexo VII), as I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Lisboa Ocidental (Anexo VIII) e a conferência de exercício físico da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Anexo IX), contribuiu para consolidar perspectivas teóricas, atualizar conhecimentos e refletir sobre processos de transição e continuidade de cuidados. Em paralelo, desempenhei também a função de agente dinamizador de formação, como formador, o que exigiu pesquisa estruturada, preparação de materiais e competências de comunicação científica, consolidando as competências de Mestre no domínio da pedagogia clínica e liderança.

A prática baseada na evidência foi uma constante ao longo de todo o EP. Para fundamentar as decisões clínicas, recorri sistematicamente à literatura científica mais recente, incluindo estudos publicados na revista Referência, e às diretrizes internacionais, sobretudo da RNAO. A utilização de instrumentos validados e sensíveis à mudança, garantiu uma avaliação precisa, segura e fundamentada, reforçando a qualidade das intervenções. Por outro lado, ao longo dos estágios, mantive uma prática constante de reflexão crítica com as enfermeiras orientadoras, discutindo situações vivenciadas, decisões tomadas e alternativas possíveis para cada contexto clínico. Estes momentos de análise conjunta permitiram-me aprofundar o raciocínio clínico, consolidar conhecimentos e desenvolver uma visão mais consciente, ética e fundamentada da prática de enfermagem. Esta dinâmica reflexiva contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como para o enriquecimento da disciplina, possibilitando-me atingir plenamente o objetivo de “Promover uma reflexão crítica e o desenvolvimento profissional”.

3.2. Análise das Competências Específicas do EEER

A análise das competências específicas do EEER constitui um exercício fundamental para compreender de que forma a prática clínica, o pensamento teórico e a integração da evidência científica contribuíram para o desenvolvimento de uma intervenção especializada, segura e orientada para a maximização da funcionalidade. A Ordem dos Enfermeiros define três grandes competências orientadoras da prática especializada:

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

(Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

O desenvolvimento das competências específicas do EEER ao longo do EP constituiu um percurso profundamente formativo, no qual a articulação entre o conhecimento teórico, a evidência científica, o pensamento disciplinar da enfermagem e a prática clínica especializada permitiu alcançar um nível elevado de autonomia, raciocínio clínico, capacidade de decisão e intervenção diferenciada. Este subcapítulo analisa de forma crítica e reflexiva tais competências, articulando-as com os PQCEER, com as teorias de enfermagem mobilizadas (particularmente a Teoria das Transições e o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa) e com a investigação produzida na área, sobretudo por enfermeiros especialistas em reabilitação, demonstrando desta forma a consolidação do perfil profissional e científico esperado.

A prestação de cuidados especializados em ER esteve presente desde o primeiro contacto com cada pessoa, tanto no ambiente hospitalar como no contexto comunitário. Os estágios permitiram prestar cuidados a pessoas com alterações em diversas áreas, a nível

motor, cardiorrespiratório, neurológico e cognitivos, exigindo uma intervenção centrada nas necessidades individuais, conforme defendido pelos modelos teóricos de McCormack & McCance (2010, 2006).

O pensamento de Meleis, nomeadamente a Teoria das Transições, permitiu compreender cada processo de saúde-doença como uma transição complexa, frequentemente disruptiva, que exige intervenções orientadas para a adaptação, a mestria e a reconstrução da identidade funcional (Meleis, 2015). Assim, cada avaliação realizada procurou identificar não apenas limitações físicas, mas também fatores pessoais, sociais e ambientais que influenciavam o processo de transição (Meleis, 2010, 2015).

O primeiro eixo de análise corresponde à competência de **cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida** em todos os contextos da prática. A operacionalização desta competência iniciou-se com uma avaliação detalhada da funcionalidade, enquanto processo sistemático, contínuo e baseado na evidência. Em cada situação clínica, tanto no internamento hospitalar como no domicílio, procedi à avaliação global das funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias, da alimentação, eliminação e sexualidade, de acordo com o que é preconizado pela OE e pelos princípios orientadores da ER. Tal avaliação não se limitou a uma observação do estado atual, mas envolveu a identificação rigorosa do risco de alteração da funcionalidade, integrando fatores intrínsecos (idade, comorbilidades, história funcional prévia) e extrínsecos (ambiente físico, cuidados disponíveis, barreiras arquitetónicas).

O primeiro objetivo inicialmente delineado, “Identificar as necessidades de ER do cliente internado num serviço de Medicina”, revelou-se, ao longo do EP, demasiado amplo para o perfil das pessoas acompanhadas, exigindo um ajuste que garantisse maior precisão e alinhamento com o contexto real de prática. A elevada prevalência de pessoas internadas após AVC, com alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo e da deglutição, justificou uma reformulação do objetivo para “Identificar as necessidades de ER da pessoa internada com AVC”. Esta redefinição permitiu uma abordagem mais focalizada, orientando o processo de avaliação para os défices específicos associados ao AVC e favorecendo a

utilização sistemática de instrumentos sensíveis à sua condição clínica. Assim, a identificação das necessidades passou a integrar de forma mais consistente a análise das limitações da atividade, da restrição da participação e das respostas humanas desajustadas características desta população, possibilitando intervenções mais precisas e fundamentadas.

Nesta etapa, a utilização de instrumentos validados teve um foco central. O recurso ao teste Timed Up and Go (TUG) permitiu avaliar a mobilidade funcional e o risco de queda com elevada validade preditiva(OE, 2016); o Índice de Barthel e a MIF possibilitou uma análise objetiva do grau de independência nas Atividades de Vida Diária (OE, 2016); o Sit-to-Stand avaliou simultaneamente capacidade cardiorrespiratória e funcionalidade motora (OE, 2016); a GUSS, conjuntamente com Método de Exploração Clínica Volume (MECV-V) permitiu avaliar de forma segura e eficaz a presença de disfagia e orientar a modificação de consistências (OE, 2016).

Adicionalmente, utilizei a Escala de Ashworth Modificada para quantificar o grau de espasticidade e caracterizar a resistência ao movimento passivo (OE, 2016); Escala de Força Muscular de Medical Research Council (MRC) para avaliar a capacidade de contração muscular voluntária e monitorizar a progressão do treino motor (OE, 2016); e a goniometria para medir a amplitude articular e determinar limitações específicas do movimento, fundamentais para ajustar programas de alongamento e mobilização articular (OE, 2016). No domínio respiratório e do esforço, recorri ainda à Escala de Borg Modificada – Avaliação da Dispneia e à Escala de Borg Modificada – Percepção Subjetiva de Esforço, instrumentos essenciais para monitorizar a tolerância ao esforço, adaptar a intensidade do treino e garantir a segurança clínica durante a reeducação funcional respiratória e motora (OE, 2016).

A escolha destes instrumentos não foi aleatória: em todos os casos considerei estudos de fiabilidade, validade, responsividade e aplicabilidade ao contexto português, o que demonstra a capacidade de mobilizar evidência e o julgamento clínico especializado esperado de um EE. Por exemplo, o TUG foi escolhido devido à sua elevada responsividade

à mudança em fases subagudas do AVC e pela facilidade de aplicação à beira-leito, permitindo decisões clínicas rápidas e seguras e pela sua fiabilidade, validade e responsividade, nas pessoas com AVC residentes na comunidade (Salvado et al., 2018).

A recolha de informação não se limitou a dados biométricos ou funcionais. Avaliei igualmente os aspetos psicossociais que interferiam com as transições saúde/doença, tal como preconizado por Meleis (2015). Isto implicou analisar o impacto emocional da perda de funcionalidade, as expectativas da pessoa e da família, o apoio social disponível, a aceitação da nova condição e a capacidade percebida para lidar com o processo de reabilitação. Estas dimensões foram fundamentais, por exemplo, em situações de pessoas com doença crónica avançada, doenças neurológicas progressivas ou défices cognitivos, pois influenciam diretamente o nível de envolvimento no plano de reabilitação e, conseqüentemente, os resultados (Silva et al., 2019).

O diagnóstico precoce das respostas humanas desadequadas foi uma competência largamente exercitada. Identifiquei alterações motoras (diminuição da força, desequilíbrio, limitações no alcance funcional), alterações respiratórias (padrão ineficaz de ventilação, dispneia aos esforços ligeiros), défices cognitivos (desorientação, lentidão no processamento), alterações na deglutição (tosse durante a deglutição, necessidade de adaptação de viscosidades), riscos de queda, défices de autocuidado e dependência nas AVD. Cada diagnóstico conduziu à identificação precisa das necessidades de intervenção de reabilitação e ao estabelecimento de prioridades, sempre orientadas para a consecução do projeto de saúde da pessoa, tal como exige a prática especializada.

O estágio complementar, permitiu-me desenvolver esta mesma competência através de uma experiência diferente até então. A possibilidade de prestar cuidados à pessoa com patologia do foro músculo-esquelético com necessidade de intervenção cirúrgica permitiu-me realizar uma avaliação funcional sistemática, contemplando a mobilidade, força muscular, amplitude articular, dor, equilíbrio e capacidade para a realização das AVD, planeando intervenções individualizadas e ajustadas à fase do processo de recuperação, pré e pós cirúrgico.

Esta competência exigiu não apenas conhecimento especializado, mas também a capacidade de integrar a pessoa como parceira ativa do cuidado, assumindo uma prática coerente com o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2010). Em todas as situações discuti com a pessoa e com os cuidadores as práticas de risco identificadas (como padrões respiratórios inadequados, uso incorreto de auxiliares de marcha, postura inadequada durante a alimentação, técnicas inseguras de transferência), co construindo estratégias para a mitigação desses riscos. Esta abordagem de parceria foi evidente em situações como a orientação de cuidadores para posições seguras durante a alimentação de pessoas com disfagia, onde a discussão dos riscos e a definição conjunta dos objetivos permitiram alcançar maior segurança e adesão.

De forma semelhante, o objetivo “Elaborar e implementar planos de cuidados de reabilitação individualizados” careceu de redefinição para assegurar uma maior coerência com o tipo de intervenções efetivamente realizadas durante o EP. Dada a elevada complexidade clínica das pessoas com AVC, tornou-se pertinente ajustar este objetivo para *“Elaborar e implementar planos de cuidados de reabilitação individualizados à pessoa com AVC”*. Esta especificidade permitiu desenvolver planos de cuidados baseados nas particularidades da condição neurológica, na presença de espasticidade, na perda de força muscular, nas alterações do padrão respiratório, no risco de aspiração, na limitação da mobilidade e nas alterações sensoriomotoras. A construção destes planos exigiu uma integração rigorosa da evidência científica, o uso de instrumentos validados e a articulação entre objetivos mensuráveis, critérios de resultado e intervenções progressivas, garantindo cuidados de reabilitação ajustados à fase de recuperação, às necessidades emergentes e ao potencial funcional de cada pessoa.

Os planos de intervenção concebidos foram sempre individualizados, baseados na análise rigorosa dos dados recolhidos e sustentados em evidência científica recente. Elaboraram-se programas de reeducação funcional motora (treino de marcha progressivo, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treino de transferências), programas de reeducação funcional respiratória (treino muscular inspiratório, técnicas de respiração diafragmática,

exercícios de expansão torácica), programas de otimização da função cardíaca (técnicas de conservação de energia), programas de reeducação da deglutição (estratégias posturais, adaptação de viscosidades, treino sensório-motor), bem como intervenções dirigidas à eliminação e ao autocuidado. O processo de seleção e prescrição de produtos de apoio constitui outro aspecto relevante desta competência. Em vários casos, orientei a escolha adequada de auxiliares de marcha, adaptei a altura de andarilhos e bengalas, orientei a aquisição de almofadas de posicionamento, barras de apoio ou calhas de transferência, garantindo que os produtos de apoio selecionados promoviam autonomia, segurança e funcionalidade. Estas intervenções estiveram diretamente alinhadas com os PQCEER, em particular os relativos à promoção do autocuidado, à prevenção de complicações e à inclusão social (Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

No que concerne ao implementar os programas de reabilitação planeados materializou-se num conjunto vasto de intervenções clínicas especializadas. Nos níveis motor e sensorial, implementei treinos de marcha progressivos (com e sem auxiliares de marcha), treino de ortostatismo, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treino funcional orientado para tarefas (como levantar objetos, alcançar superfícies ou subir pequenos degraus), e treino de transferências cama-cadeira, sempre com monitorização rigorosa de parâmetros de segurança. No domínio respiratório, apliquei técnicas integradas de reeducação funcional: respiração abdominal, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios com espirometria de incentivo, drenagem postural modificada, técnicas de higiene brônquica, treino da tosse eficaz e progressão da tolerância ao esforço. Nos casos de disfagia, implementei técnicas de reeducação da função de alimentação, como ajustes posturais (inclinação anterior, rotação cefálica), treino de viscosidades adequadas, treino sensorial e educação alimentar. As intervenções foram sempre asseguradas com monitorização das condições de segurança.

O ensino e treino de técnicas constituíram parte essencial da implementação dos planos de reabilitação. Ensinei cuidadores informais na comunidade sobre ergonomia, transferências seguras, posicionamento adequado, estratégias para evitar a aspiração e

uso apropriado de produtos de apoio. Demonstrei técnicas passo a passo e avaliei a execução, garantindo que o conhecimento transmitido era compreendido e aplicado corretamente. Esta componente educativa é uma das marcas distintivas da prática de reabilitação e contribui diretamente para a continuidade de cuidados, para a inclusão social e para a capacitação da pessoa e da família.

A avaliação dos resultados das intervenções foi um processo contínuo, reflexivo e baseado em indicadores sensíveis aos cuidados de reabilitação. Monitorizei sistematicamente a evolução em todos os programas implementados, recorrendo novamente aos instrumentos de avaliação utilizados inicialmente. Registei melhorias no tempo de execução do TUG, ganhos no índice de Barthel, redução da dispneia segundo a Escala de Borg Modificada – Avaliação da Dispneia, frequentemente acompanhada por melhor tolerância ao esforço avaliada através da Escala de Borg Modificada – Percepção Subjetiva de Esforço.

No domínio respiratório, observei aumentos da amplitude torácica e da eficiência ventilatória, enquanto no âmbito motor documentei melhorias quantitativas na força muscular segundo a Escala de Força da MRC e reduções na espasticidade avaliadas pela Escala de Ashworth Modificada, resultados que se traduziram em maior suavidade do movimento, menor resistência ao passivo e maior controlo motor ativo.

A goniometria permitiu ainda registar ganhos mensuráveis na amplitude articular, fundamentais para monitorizar a eficácia dos programas de alongamento e mobilização articular implementados. Com base na variação observada, reformulei objetivos, intensifiquei ou redirecionei estratégias, introduzindo sempre elementos de aperfeiçoamento nos programas. Em vários casos, por exemplo em pessoas após AVC, a evolução observada implicou a redefinição dos objetivos de médio prazo, com progressão para intervenções mais complexas, evidenciando um raciocínio clínico especializado e sensível às necessidades emergentes.

Toda esta prática esteve profundamente ancorada na investigação produzida por enfermeiros de reabilitação. Consultei regularmente literatura científica portuguesa e

internacional, especialmente estudos publicados na Revista Referência, e orientações internacionais como as da RNAO. Esta atitude investigativa permitiu fundamentar decisões e demonstrar claramente a competência para consultar, interpretar e mobilizar a evidência de forma crítica.

Em contexto comunitário, a mesma competência materializou-se em avaliações no domicílio, onde a limitação de espaço, a falta de materiais ou as condições habitacionais exigiram criatividade e adaptação. A implementação de exercícios funcionais utilizando o ambiente natural da pessoa (como degraus, cadeiras ou corredores estreitos) reforçou a capacidade de ajustar a intervenção sem comprometer a segurança ou a eficácia. Esta competência demonstrou-se particularmente importante ao cuidar de pessoas com severas limitações funcionais ou com elevada dependência, permitindo oferecer cuidados ajustados à sua realidade física, social e emocional. Ao longo da prática desenvolvida, adquiri essas competências através da identificação sistemática de barreiras arquitetônicas no contexto domiciliar e da orientação dirigida à sua eliminação ou minimização, promovendo ambientes mais seguros, funcionais e facilitadores da autonomia. Esta intervenção fundamenta-se na revisão integrativa de Pereira et al. (2020), a qual evidencia que os cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência física adquirida devem ultrapassar a componente estritamente física e integrar uma abordagem holística, centrada na pessoa e na família, com especial enfoque nos fatores ambientais. Segundo os autores, a identificação de barreiras arquitetônicas no domicílio e noutros contextos da vida diária é determinante, uma vez que estas condicionam a vivência da deficiência e limitam a participação e inclusão social (Pereira et al., 2020). Paralelamente, Pereira et al. (2025) salientam que as barreiras arquitetônicas e atitudinais constituem entraves relevantes à autonomia e à realização das diferentes atividades associadas ao bem-viver, evidenciando que contextos físicos não acessíveis interferem diretamente no equilíbrio entre dependência e independência nas atividades de vida, convertendo situações previamente autônomas em experiências de dependência. Neste sentido, a intervenção do ER, baseada na avaliação individualizada do ambiente, na orientação para a

implementação de adaptações e na capacitação da pessoa e da família, revela-se determinante para a promoção da autonomia funcional, da inclusão social e da melhoria da qualidade de vida.

A consolidação destas competências foi particularmente evidente através da realização de dois relatos de caso clínico, um deles já publicado (Anexo X e Apêndice X) e outro em processo de publicação (Anexo XI e Apêndice XI) que constituíram oportunidades privilegiadas para aprofundar o julgamento clínico especializado e integrar de forma coerente a avaliação, o diagnóstico, a conceção do plano de cuidados, a implementação e a avaliação dos resultados. Em contexto comunitário, desenvolvi um caso clínico (Anexo X e Apêndice X) com uma pessoa com alterações neuromusculares, cujo plano de cuidados se centrou nos focos de espasticidade, rigidez articular e pé equino. Este caso permitiu aplicar de forma aprofundada instrumentos de avaliação validados, analisar fatores facilitadores e inibidores presentes no domicílio e conceber um plano de intervenção complexo, que integrou mobilizações passivas e ativas-assistidas, técnicas de mobilização com alongamento, treino de amplitude articular, treino de equilíbrio e prescrição de exercícios de mobilização ao cuidador. A avaliação subsequente demonstrou progressos significativos ao nível da mobilidade, da redução da espasticidade e da funcionalidade, evidenciando a eficácia das intervenções implementadas e o rigor do processo terapêutico.

No contexto hospitalar, o segundo relato de caso (Anexo XI e Apêndice XI) incidiu numa pessoa com défices motores, respiratórios e neurológicos marcados, exigindo a articulação de múltiplos focos de intervenção: deglutição, ventilação, expetoração, movimento muscular e espasticidade. Este caso constituiu um exemplo paradigmático da necessidade de integrar competências técnicas avançadas com uma análise rigorosa das condições clínicas, dos riscos associados e dos fatores psicossociais que influenciavam a transição saúde/doença. A avaliação incluiu o uso de instrumentos como o GUSS para a deglutição e a escala de força muscular da MRC. As intervenções incluíram técnicas de reeducação funcional respiratória, expansão torácica, controlo e dissociação dos tempos respiratórios,

abertura costal, ciclo ativo das técnicas respiratórias e técnicas de limpeza das vias aéreas como o treino da tosse eficaz, drenagem postural modificada e o uso de insuflador-exsuflador mecânico (Cough-Assist), associadas a programas estruturados de treino motor progressivo, que seguiram princípios da prescrição de exercício como o método FITT-VP (frequência, intensidade, tempo e tipo), iniciando com mobilizações passivas, progredindo para mobilizações ativas-assistidas e, posteriormente, para mobilizações ativas-resistidas conforme a melhoria da força muscular. A monitorização contínua permitiu reformular o plano de intervenção ao longo do tempo, assegurando a adequação das estratégias terapêuticas e a segurança clínica.

Paralelamente, tanto em contexto comunitário como hospitalar, foi necessário gerir comportamentos de risco associados à perceção incorreta das capacidades funcionais por parte das pessoas, nomeadamente a tentativa de marcha sem auxiliar de marcha ou a realização de atividades para as quais não possuíam capacidade física suficiente. Estas situações exigiram uma intervenção baseada na comunicação terapêutica, na gestão das expectativas e na consciencialização sobre os riscos, bem como a implementação de estratégias educativas alinhadas com o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa. Reforcei ensinamentos sobre o uso adequado de auxiliares de marcha, treinei as técnicas de marcha com e sem auxiliares de marcha e mobilizei a pessoa para um envolvimento ativo e responsável no seu processo de reabilitação. Esta abordagem teve como base as diretrizes da RNAO, que reforçam a necessidade de envolver a pessoa e garantir a tomada de decisão partilhada, promovendo simultaneamente a segurança e a autonomia funcional (RNAO, 2017, 2025).

Em contexto hospitalar, a avaliação funcional era realizada à admissão de todas as pessoas internadas, permitindo identificar precocemente riscos e necessidades. Em casos de internamentos curtos, nomeadamente em pessoas com insuficiência cardíaca descompensada e dispneia marcada, os contactos com a ER eram por vezes limitados a uma única intervenção. Nessas situações, após avaliação das necessidades e da tolerância ao esforço, priorizei ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia, treino respiratório,

incluindo controlo e dissociação dos tempos respiratórios, técnicas de relaxamento e expansão torácica, e educação para o reconhecimento precoce de sinais de alarme. Estes ensinamentos permitiram melhorar o autocontrolo da dispneia, reduzir o impacto funcional da fadiga e preparar a pessoa para a continuidade de cuidados no domicílio.

De forma semelhante, o estudo multicase de Monteiro et al. (2025) demonstra a importância de uma intervenção estruturada e individualizada na melhoria da capacidade funcional da pessoa com insuficiência cardíaca. A implementação de um programa de reabilitação cardíaca, baseada no treino físico aeróbico e monitorizado, permitiu uma evolução positiva dos participantes, traduzida no aumento significativo da pontuação da Short Physical Performance Battery e na melhoria do desempenho no teste da marcha de seis minutos (Monteiro et al., 2025). Estes resultados evidenciam ganhos ao nível da mobilidade, do equilíbrio, da força e da tolerância ao esforço, sem registo de eventos adversos (Monteiro et al., 2025).

Embora as intervenções descritas no relatório tenham sido, em alguns casos, limitadas pela curta duração do internamento, estas partilharam princípios comuns com o programa apresentado no estudo, nomeadamente a avaliação sistemática, a individualização dos cuidados, a monitorização da resposta ao esforço e a promoção da autonomia (Monteiro et al., 2025). Enquanto o estudo enfatiza o treino físico estruturado ao longo de várias sessões, a prática desenvolvida no estágio privilegiou intervenções educativas e respiratórias ajustadas à condição clínica e à tolerância da pessoa, visando maximizar os benefícios no tempo disponível.

Importa ainda destacar que, tal como evidenciado no estudo, os ganhos funcionais resultam não apenas do treino físico, mas também da capacitação da pessoa para gerir a sua condição. Neste sentido, os ensinamentos realizados durante o estágio contribuíram para a melhoria do autocontrolo da dispneia, para a redução do impacto funcional da fadiga e para o aumento da confiança na gestão da doença, indo ao encontro dos objetivos de promoção da funcionalidade e da independência identificados na literatura.

Assim, verifica-se que, apesar das diferenças no tempo de intervenção e na estrutura dos programas, as práticas desenvolvidas em contexto de estágio estão alinhadas com a evidência científica apresentada no estudo multicaso de Monteiro et al. (2025). Ambas demonstram que a intervenção precoce e individualizada do ER em pessoas com insuficiência cardíaca descompensada tem impacto positivo na capacidade funcional, na qualidade de vida e na preparação para o regresso ao domicílio. Estes dados reforçam a importância de investir em programas de reabilitação adaptados ao contexto clínico, sustentados na avaliação contínua e na educação terapêutica, como estratégia fundamental para a obtenção de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Nos casos de pessoas internadas após AVC, a intervenção motora especializada integrou o método FITT-VP para o treino de força e de movimento, garantindo progressão segura e cientificamente fundamentada. Em diversas situações, iniciei com mobilizações passivas dos segmentos afetados, com o objetivo de manter a amplitude articular e prevenir padrões de espasticidade, seguindo depois para a instrução e treino de automobilização. À medida que se dava um aumento da força muscular documentada pela escala de força da MRC, progredi para exercícios ativos-assistidos e, posteriormente, ativos-resistidos, assegurando em todas as etapas a monitorização de parâmetros de segurança como dor, fadiga e controlo postural. Esta progressão estruturada permitiu ganhos mensuráveis ao nível da força, da coordenação e da funcionalidade, demonstrando o impacto direto do raciocínio clínico especializado.

Estas intervenções foram ao encontro das evidências identificadas na revisão sistemática da literatura de António et al. (2025). Foram implementadas intervenções centradas na reabilitação motora, no treino funcional, na estimulação sensorial e cognitiva, bem como na capacitação do cuidador, promovendo a adaptação ao domicílio e a continuidade dos cuidados (António et al., 2025). Nesta revisão, constatou-se que os estudos analisados obtiveram ganhos sensíveis, nomeadamente ao nível da mobilidade, da autonomia nas

atividades de vida diária, da confiança, da participação social e da promoção do autocuidado.

Assim, os resultados observados durante o estágio corroboram a importância das intervenções de ER baseadas na evidência científica, demonstrando que a sua aplicação adequada contribui de forma efetiva para a melhoria da qualidade de vida, da funcionalidade e da independência da pessoa com alterações neurológicas.

A intervenção em AVD representou igualmente uma área essencial da prática. Realizei treino de higiene pessoal no chuveiro, treino de vestir/despir, treino de utilização do sanitário, integrando técnicas de treino vesical e intestinal, e adaptação de rotinas, com o objetivo de maximizar a autonomia e promover a reintegração funcional no quotidiano. Estas intervenções refletem não apenas a competência técnica do EEER, mas também a sua capacidade de capacitar a pessoa para a independência, respeitando os princípios éticos, o direito à autodeterminação e os PQCEER, nomeadamente a promoção da inclusão social, do autocuidado e do bem-estar.

Na intervenção à pessoa submetida a artroplastia total da anca ou do joelho, tive a oportunidade de implementar intervenções específicas de reeducação funcional motora à pessoa com alterações músculo-esqueléticas que não tinha implementado até então, nomeadamente o treino de marcha e de escadas com auxiliar de marcha, com andarrilho e/ou canadianas, com ensino e supervisão dos tipos de marcha a dois e três apoios, de acordo com o grau de carga permitido e a condição clínica da pessoa. Foram ainda realizadas mobilizações passivas no leito, com recurso a artromotor bem como o ensino e supervisão de exercícios no leito, tais como elevação pélvica, contrações isométricas, bem como exercícios ativos do membro sã e ativos assistidos do membro operado, respeitando os limites de dor e as indicações médicas. Estas intervenções visaram a prevenção de complicações associadas à imobilidade, o fortalecimento muscular e a promoção de ganhos funcionais progressivos.

De forma semelhante, o relato de caso de Gouveia et al. (2025) descreve a implementação de um plano individualizado de ER numa pessoa submetida a artroplastia total da anca,

sustentado numa avaliação sistemática através de instrumentos validados, como o Índice de Barthel, a MIF, a Escala Numérica da Dor e o Timed Up and Go Test. Os resultados apresentados no estudo evidenciam melhorias ao nível do equilíbrio, da força muscular, da amplitude articular, da redução da dor e do risco de queda, bem como no aumento do conhecimento, da independência e da capacidade para realizar atividades de vida diária (Gouveia et al., 2025). Estes ganhos refletem diretamente os objetivos das intervenções descritas no relatório, uma vez que o treino de marcha, o reforço muscular, a mobilização precoce e o ensino funcional constituem pilares fundamentais na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia total da anca (Gouveia et al., 2025).

Apesar de o relato de caso apresentar uma abordagem mais sistematizada, sustentada em instrumentos de avaliação padronizados e numa ontologia em enfermagem (Gouveia et al., 2025), as intervenções desenvolvidas durante o estágio partilharam os mesmos princípios orientadores: individualização dos cuidados, respeito pelos limites da pessoa, monitorização da dor, progressão gradual das atividades e promoção da autonomia. Ambas as abordagens valorizam a capacitação da pessoa como elemento central do processo de reabilitação, preparando-a para uma transição segura para o domicílio (Gouveia et al., 2025).

Importa ainda salientar que, tal como no estudo de Gouveia et al. (2025), as intervenções realizadas em contexto de estágio contribuíram para a diminuição do risco de complicações decorrentes da imobilidade, para a melhoria da força e da mobilidade articular e para o aumento da confiança na realização das atividades diárias. A supervisão contínua e o ensino adequado dos padrões de marcha e do uso correto dos auxiliares de marcha revelaram-se determinantes para a promoção da segurança e da independência funcional.

Assim, verifica-se que a prática desenvolvida durante o estágio está em consonância com a evidência apresentada no relato de caso, demonstrando que a implementação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação estruturadas, individualizadas e baseadas na

avaliação contínua contribui de forma efetiva para a melhoria da funcionalidade e capacitação da pessoa submetida a artroplastia da anca ou do joelho.

Este conjunto de experiências ilustra de forma concreta a complexidade e a amplitude do exercício especializado em ER e demonstra que as intervenções realizadas foram sustentadas no pensamento teórico disciplinar, na melhor evidência científica disponível e no compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A capacitação, que se distingue de mero ensino ou prescrição de tarefas, implica criar condições para que a pessoa desenvolva capacidades, tome decisões informadas e assuma o controlo (Reis & Bule, 2023; Regulamento n.º 392/2019). Esta competência orientou toda a intervenção de ER, refletindo a visão da RNAO (2025) e do Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2010, 2006), onde a pessoa é entendida como parceiro ativo do cuidado e não como recetor passivo.

Em contexto hospitalar, esta competência manifestou-se através da educação terapêutica sistemática durante o treino de marcha, reeducação respiratória, estratégias de conservação de energia e treino de técnicas de alimentação segura. As intervenções procuraram reduzir o medo, aumentar a confiança e promover a capacidade de decisão, elementos essenciais para uma transição segura para o domicílio. Um exemplo ilustrativo ocorreu num caso em que a pessoa referia insegurança ao deambular com bengala. Após avaliação especializada, identificou-se que a bengala já não fornecia estabilidade suficiente. Seguidamente, foram realizados ensino e treino sobre o uso de um andarilho, o que resultou num aumento significativo da independência e segurança, permitindo-lhe retomar deslocações autónomas durante o internamento, reduzindo o risco de queda.

Em contexto comunitário, a capacitação assumiu uma dimensão ainda mais profunda. Cada visita domiciliária representou um momento de aprendizagem significativa para a pessoa e para a família. Ensinos sobre técnicas seguras de posicionamento, adequação dos auxiliares de marcha e gestão da fadiga foram fundamentais para promover a autonomia e independência. Paralelamente, a capacitação dirigida ao cuidador informal (por exemplo, sobre ergonomia, comunicação, higiene, transferência ou vigilância de sinais de

deterioração) garantiu melhores condições de cuidado e contribuiu para prevenir complicações, promover o bem-estar e reforçar a inclusão social.

O objetivo *“Promover a capacitação do diente e dos cuidadores/familiares”* foi reformulado para refletir melhor as especificidades da população alvo, passando para *“Promover a capacitação da pessoa e dos cuidadores/familiares da pessoa com AVC”*. Esta alteração surgiu da necessidade de reconhecer que a capacitação no contexto do AVC apresenta desafios particulares, nomeadamente a presença de défices cognitivos, alterações comportamentais, dependência súbita, medo de queda, alterações da comunicação e impacto emocional significativo tanto na pessoa como na família. Ao redefinir o objetivo, tornou-se possível estruturar intervenções educativas e de treino mais direcionadas, incluindo ensino sobre técnicas de mobilização segura, estratégias de prevenção de quedas, treino de deglutição segura, adaptação de produtos de apoio, gestão da fadiga, exercícios domiciliares e orientações sobre a reorganização das rotinas familiares. Esta abordagem focada fortaleceu a parceria terapêutica, promoveu a autonomia e contribuiu para uma transição mais segura e eficaz do hospital para o domicílio.

A maximização da funcionalidade é o núcleo da prática em ER e exige uma análise contínua das necessidades, potencialidades e fatores condicionantes da performance funcional (Regulamento n.º 392/2019). Esta competência foi plenamente desenvolvida ao longo dos estágios através da implementação de programas de reabilitação individualizados, fundamentados na evidência científica e orientados para resultados mensuráveis.

Como referido anteriormente, os processos de reeducação funcional respiratória, motora e de deglutição foram planeados com base numa colheita de dados rigorosa, recorrendo a instrumentos validados e adaptados à pessoa. Por exemplo, a GUSS permitiu avaliar com precisão o risco de aspiração e o MECV-V orientar a escolha de viscosidades seguras, orientando também para o posicionamento e as técnicas de proteção do foro respiratório. A escolha destes instrumentos foi justificada pela sua elevada sensibilidade e

especificidade e pela sua fiabilidade em ambiente clínico real, especialmente quando não é possível realizar videofluoroscopia (Ferreira et al., 2018; Trapl et al., 2007).

Em termos motores, o uso complementar do TUG, Sit-to-Stand e o Índice de Barthel permitiu monitorizar progressos, identificar necessidades prioritárias e avaliar a eficácia das intervenções. Na prática, estes instrumentos mostraram-se eficientes, rápidos e adaptáveis, permitindo decisões imediatas e fundamentadas. A progressão dos resultados, como a redução de tempos no TUG ou o aumento do número de repetições no Sit-to-Stand, demonstrou ganhos mensuráveis em capacidade funcional.

A redefinição progressiva dos objetivos permitiu, assim, uma prática mais coerente, focada e alinhada com as necessidades reais das pessoas acompanhadas, garantindo uma intervenção especializada e sustentada na evidência. Importa salientar que todos os objetivos delineados foram plenamente atingidos ao longo do EP. A identificação rigorosa das necessidades da pessoa com AVC, a elaboração e implementação de planos de cuidados individualizados e a capacitação da pessoa e dos cuidadores revelaram-se metas concretizáveis graças à integração consistente de avaliação sistematizada, raciocínio clínico especializado, utilização de instrumentos validados, fundamentação teórica sólida e relação terapêutica centrada na pessoa. A consecução destes objetivos refletiu não apenas o desenvolvimento das competências específicas e comuns do EEER, mas também um compromisso contínuo com a qualidade dos cuidados, com a autonomia da pessoa e com a promoção de transições seguras ao longo do processo saúde/doença.

Em suma, as competências específicas da ER foram desenvolvidas de forma plena, articulada e integrada com os PQCEER e com o pensamento teórico e científico da disciplina. A prática permitiu demonstrar capacidade de cuidar de pessoas com necessidades especiais em diversos contextos, promover a capacitação para a reinserção e cidadania e maximizar a funcionalidade através de programas individualizados de reabilitação. Paralelamente, evidenciou-se julgamento clínico especializado, utilização rigorosa de instrumentos validados, tomada de decisão fundamentada e produção de conhecimento, confirmando a consolidação das competências esperadas de um EEER.

3.3. Análise das Competências de Mestre

Por fim, é apresentada a Análise das Competências de Mestre, refletindo sobre a investigação, liderança, pensamento crítico, tomada de decisão complexa e integração avançada de conhecimento que caracterizam o grau de mestrado. Segundo o Regulamento n.º 960/2025, é conferido o grau de mestre a quem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo de formação em enfermagem, (...) os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

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

(Regulamento n.º 960/2025, p. 2)

O desenvolvimento das competências de Mestre ao longo deste percurso formativo assentou numa articulação consistente entre prática clínica, investigação, reflexão crítica e integração avançada de conhecimento em ER. A componente clínica não se limitou à aplicação de técnicas, mas configurou-se como um espaço privilegiado de produção, validação e transferência de conhecimento, contribuindo de forma determinante para o crescimento pessoal e profissional enquanto futuro EE.

Um dos pilares centrais deste desenvolvimento foi a realização dos dois relatos de caso clínico, construídos a partir da prática, em contexto comunitário (Apêndice X) e em contexto hospitalar (Apêndice XI). Um destes casos encontra-se em publicado (Anexo X) e o segundo encontra-se em processo de revisão (Anexo XI), o que testemunha não apenas a capacidade de descrever e analisar criticamente situações clínicas complexas, mas também a competência para transformar a prática em conhecimento partilhável com a comunidade científica. A elaboração destes casos exigiu a formulação de questões clínicas pertinentes, a pesquisa estruturada de literatura, a seleção criteriosa de instrumentos de avaliação e a interpretação rigorosa de resultados, competências nucleares do grau de Mestre (Regulamento n.º 960/2025). Paralelamente, a existência de três artigos já publicados (Anexos X, XII e XIII), e um em processo de publicação (Anexo XI), evidenciou a capacidade de pensar criticamente, de escrever cientificamente e de contribuir para o corpo de conhecimento da ER.

A prática clínica foi, desde o início, orientada pela evidência científica mais recente. Para tal, recorreu-se sistematicamente à pesquisa bibliográfica atualizada, procurando, sempre que possível, estudos portugueses publicados em revistas como a Referência, que descrevessem contextos clínicos semelhantes aos vivenciados durante os estágios. Em complemento, foram consultadas diretrizes internacionais, nomeadamente da RNAO, que forneceram recomendações robustas sobre práticas de cuidado centrado na pessoa, prevenção de quedas e transição de cuidados. A conjugação entre evidência nacional e internacional contribuiu para reforçar a qualidade das decisões clínicas, alinhando a prática com padrões de excelência em ER (Regulamento n.º 960/2025).

A consolidação das competências de Mestre foi igualmente reforçada através de um percurso de formação autónoma contínua, evidenciando a capacidade de atualização permanente e de compromisso com o desenvolvimento profissional. Durante o EP, participei as várias formações presenciadas na Plataforma *Initiative Angels*, nomeadamente “Dysphagia Course” (Anexo IV), “Patient Mobilization in Bed – An Important Element of Early Post-Stroke Rehabilitation” (Anexo V) e “Stroke Basics Care” (Anexo VI), que permitiram aprofundar conhecimentos essenciais na avaliação da deglutição, na mobilização precoce pós-AVC e nos princípios fundamentais da reabilitação neurológica, áreas diretamente aplicáveis aos casos clínicos acompanhados. No plano académico, participei também em eventos de partilha de conhecimento, destacando-se a presença nas I Jornadas de ER, com o tema “Rumo ao Futuro” (Anexo VII), promovidas pela ULS Algarve, bem como a participação online nas I Jornadas do Núcleo de ER da ULS Lisboa Ocidental, dedicadas à temática “A Transição de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação” (Anexo VIII) e a participação da 1ª Conferência Internacional da ESEL com a temática “1ª Conferência Internacional de Enfermagem do Desporto, do Exercício Físico e da Atividade Física: A literacia física ao longo da vida” (Anexo IX). Estas iniciativas contribuíram para aprofundar a reflexão sobre as transições e a continuidade de cuidados, integrando perspetivas científicas e práticas de enfermeiros especialistas.

No contexto comunitário, frequentei a formação “FORINSIA – Plataforma de Formação em Serviço” (Anexo XIV), que reforçou competências de organização, planeamento e gestão da formação em serviços de saúde. Em simultâneo, responsabilizei-me enquanto formador, através da conceção e dinamização da sessão “Avaliação da Deglutição: Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Alterações da Deglutição no Domicílio” (Anexo XV), a qual exigiu pesquisa bibliográfica rigorosa e fundamentação em literatura científica atualizada, demonstrando capacidade de produção e disseminação de conhecimento. Em contexto hospitalar, participei numa formação em serviço com a temática “Cuidados à Pessoa com alterações da deglutição” (Anexo XVI), o que complementou e aprofundou a prática especializada. Ainda como formador, elaborei e implementei a formação

“Ergonomia e Segurança no Cuidar – Técnicas de Mobilização de Clientes para Assistentes Operacionais” (Anexo XVII), sustentada em evidência científica e acompanhada da criação de um guia prático de apoio à intervenção destes profissionais (Apêndice VIII). Estas atividades refletem competências de Mestre nos domínios da liderança, pedagogia clínica, investigação aplicada e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O pensamento teórico de enfermagem esteve permanentemente presente na interpretação das situações clínicas e no planeamento dos cuidados. A Teoria das Transições foi utilizada como lente conceptual para compreender os processos de mudança decorrentes da doença, da hospitalização e do retorno à comunidade, permitindo reconhecer a vulnerabilidade da pessoa, identificar fatores facilitadores e inibidores e orientar intervenções que promovessem mestria e bem-estar (Meleis, 2010, 2015; Silva et al., 2019). Em paralelo, o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa, em consonância com as diretrizes da RNAO, sustentou uma prática baseada na parceria, no respeito pela singularidade, na participação ativa da pessoa e da família e na definição partilhada de objetivos (McCormack & McCance, 2010, 2006; RNAO, 2025). A mobilização destes quadros teóricos, não apenas como referência abstrata, mas como guias concretos para a ação, evidencia uma competência de Mestre: a capacidade de integrar teoria, evidência e prática de forma coerente e crítica, relacionando estas aprendizagens com os PQCEER preconizados pela OE (Regulamento n.º 960/2025).

No âmbito da avaliação, planeamento e monitorização dos cuidados, foi dada particular atenção à utilização de instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, privilegiando escalas e ferramentas com boa validade, fiabilidade, responsividade e eficiência. Esta opção não foi meramente técnica, mas refletiu uma preocupação metodológica própria de formação avançada: garantir que os dados recolhidos eram clinicamente úteis e cientificamente sustentáveis (Regulamento n.º 960/2025). A escolha de instrumentos adequados a cada situação clínica permitiu caracterizar de forma rigorosa a funcionalidade, o risco, a capacidade cardiorrespiratória, a deglutição ou o autocuidado, apoiando a formulação de diagnósticos de enfermagem pertinentes e a definição de

objetivos mensuráveis. A análise crítica destes instrumentos, quanto à sua adequação, sensibilidade à mudança e aplicabilidade no contexto real, traduziu um exercício de julgamento clínico especializado e de maturidade científica (Regulamento n.º 960/2025). As competências de Mestre evidenciaram-se também na forma como foram definidos, implementados e avaliados planos de cuidados complexos em ER. A prática incorporou intervenções especializadas, particularmente nas áreas cardiorrespiratória, motora e de capacitação da pessoa e família, alicerçadas na melhor evidência disponível. Em cada situação clínica, procurou-se estabelecer uma linha lógica entre: avaliação inicial rigorosa, identificação de problemas prioritários, definição de diagnósticos de enfermagem, seleção de intervenções fundamentadas (ensino, treino, reeducação funcional, otimização de padrões respiratórios, prevenção de complicações, promoção de mobilidade, entre outras) e monitorização dos resultados face aos objetivos traçados. Esta capacidade de encadear raciocínio clínico, evidência científica e avaliação de resultados reflete competências avançadas de análise, síntese e tomada de decisão (Regulamento n.º 960/2025).

A investigação produzida por EEER foi importante neste percurso. A consulta de estudos nacionais e internacionais possibilitou não só a atualização de conhecimentos, mas também o reconhecimento da ER como disciplina produtora de conhecimento próprio. O facto de como estudante ter desenvolvido e submetido trabalhos científicos (casos clínicos e artigos) reforça a compreensão de que a prática clínica é simultaneamente fonte e campo de aplicação de investigação. Desta forma, as competências de Mestre manifestaram-se não apenas na utilização da evidência existente, mas também na contribuição ativa para a sua ampliação, através da sistematização e divulgação de experiências de cuidado (Regulamento n.º 960/2025).

Em síntese, a análise das competências de Mestre revela um percurso marcado pela integração consistente de investigação, pensamento teórico, prática baseada na evidência e reflexão crítica. A capacidade para consultar, interpretar e mobilizar a evidência científica; para utilizar modelos conceptuais na orientação da prática; para selecionar instrumentos

de avaliação válidos e fiáveis; para planejar, implementar e avaliar intervenções complexas de reabilitação; e para transformar a experiência clínica em conhecimento científico são indicadores claros de que as competências de Mestre foram desenvolvidas e demonstradas. Este processo traduziu-se num incremento da autonomia profissional, do rigor científico e da responsabilidade ética, consolidando o perfil de EEER alinhado com os mais elevados padrões de qualidade dos cuidados.

4. ANÁLISE SWOT

A análise SWOT constitui uma ferramenta estratégica amplamente utilizada para avaliar o posicionamento de uma organização face ao seu contexto, permitindo identificar os seus pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças externas que influenciam o seu desempenho. Embora tradicionalmente aplicada ao domínio organizacional, esta metodologia pode igualmente ser utilizada numa perspetiva individual, possibilitando analisar o percurso, as capacidades e os desafios de uma pessoa em interação com o seu ambiente (Teoli et al., 2025). No âmbito da formação em enfermagem, a análise SWOT assume particular relevância por promover a autorreflexão estruturada, apoiar a tomada de decisão clínica e reforçar a prática baseada na evidência (Gürel & Tat, 2017; Peres et al., 2021; Rabiais & Amendoeira, 2013). Neste subcapítulo, recorre-se a esta ferramenta como instrumento de reflexão crítico-analítica sobre a prática clínica desenvolvida durante o EP em contexto comunitário e hospitalar, possibilitando uma leitura integrada dos fatores internos (forças e fraquezas) e dos fatores externos (oportunidades e ameaças) que influenciaram o desenvolvimento das competências em ER (Gürel & Tat, 2017; Teoli et al., 2025). A aplicação desta metodologia permite, assim, compreender de forma mais profunda o contributo dos contextos da prática para o crescimento profissional, académico e pessoal ao longo do percurso de EP.

Ao longo do EP, evidenciaram-se diversas **forças** que potenciaram de forma significativa o desempenho profissional e o desenvolvimento de competências especializadas. No contexto comunitário, destacou-se a capacidade de rápida adaptação ao ambiente de cuidados domiciliários, caracterizado por grande variabilidade social, cultural e ambiental. A integração eficaz na equipa da UCC permitiu uma atuação segura, sensível e ajustada às realidades particulares de cada pessoa e família. No contexto hospitalar, a experiência prévia num serviço de Medicina Interna constituiu um elemento facilitador, permitindo integrar rapidamente dinâmicas clínicas complexas, compreender fluxos assistenciais e responder com segurança a situações de instabilidade clínica. Esta base de experiência

possibilitou uma adaptação célere aos diferentes contextos de prática, favorecendo a autonomia no processo de aprendizagem.

Destacou-se também a iniciativa na procura ativa de conhecimento, a capacidade de tomar decisões fundamentadas e a resiliência perante situações de maior exigência emocional ou física. A integração na equipa ocorreu de forma natural, demonstrando competências sólidas de comunicação, colaboração e respeito pelos diferentes profissionais, incluindo médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala. Esta articulação permitiu intervenções integradas, mais completas e orientadas para os objetivos da pessoa.

A capacidade reflexiva mostrou-se igualmente uma força determinante, sobretudo nos momentos de discussão clínica com as enfermeiras orientadoras, em que se analisavam decisões, estratégias e resultados. Outro aspeto distintivo foi a tendência natural para uma abordagem centrada na pessoa, alinhada com as diretrizes da RNAO (2025), evidenciada desde o primeiro dia de EP, sobretudo no contexto comunitário, onde a proximidade com o ambiente familiar exigiu sensibilidade, comunicação e respeito profundo pelo ritmo e necessidades da pessoa.

A competência de avaliação funcional, especialmente na área cardiorrespiratória, constituiu um elemento forte, permitindo identificar necessidades específicas, delinear planos de cuidados individualizados e monitorizar a evolução. Paralelamente, demonstrou-se capacidade para integrar, desde a avaliação inicial, estratégias de ensino, instrução e treino, promovendo a participação ativa da pessoa e da família no processo de reabilitação e contribuindo para a sua capacitação ao longo da transição saúde/doença.

No que respeita às **fraquezas**, o EP em contexto domiciliário exigiu lidar com desafios inerentes à especificidade do ambiente comunitário, nomeadamente a escassez de recursos técnicos disponíveis e as limitações arquitetónicas e físicas das residências, que por vezes dificultavam a execução de determinados procedimentos ou treinos funcionais. Estas circunstâncias exigiram capacidade de adaptação, criatividade e competências avançadas de resolução de problemas.

Apesar das competências consolidadas, algumas áreas emergiram como fragilidades que influenciaram a prática e suscitaram necessidade de desenvolvimento adicional, tanto em contexto hospitalar como no comunitário. A menor experiência profissional prévia em domínios ortopédicos e neurológicos, nomeadamente no cuidado a pessoas com lesões vertebro-medulares ou no pós-operatório de próteses da anca ou joelho, gerou insegurança inicial e sensação de domínio insuficiente. Estas lacunas motivaram a procura ativa de informação, revisão de literatura e observação dirigida, como forma de consolidar conhecimentos e garantir a prestação de cuidados seguros e adequados.

Identificaram-se também fragilidades relacionadas com a gestão emocional e física em momentos de maior exigência, especialmente devido a períodos de desmotivação associados ao cansaço acumulado e ao sono pouco reparador, condicionado por horários reduzidos de descanso. Estes fatores interferiram pontualmente na capacidade de concentração, motivação e organização do estudo autónomo.

O EP proporcionou inúmeras **oportunidades** que potenciaram de forma significativa o desenvolvimento profissional. O apoio da família e da equipa de trabalho constituiu um recurso emocional e técnico essencial, promovendo confiança e segurança ao longo do percurso. O facto de o estágio em contexto hospitalar decorrer num serviço semelhante à minha experiência profissional permitiu ultrapassar rapidamente as fases iniciais do processo de integração, facilitando a adaptação às rotinas e o envolvimento nas intervenções.

A disponibilidade constante das enfermeiras orientadoras para apoiar, ensinar, esclarecer dúvidas e corrigir práticas revelou-se uma oportunidade de aprendizagem estruturante. A recetividade da equipa contribuiu para um ambiente favorável à reflexão, ao questionamento e à experimentação de novas abordagens. Um elemento particularmente relevante foi a abertura demonstrada pela equipa para acolher iniciativas de melhoria contínua, o que permitiu identificar uma lacuna formativa na área da ergonomia e, a partir dela, desenvolver uma formação em serviço e elaborar uma guia de

técnicas de mobilização e transferência segura, dirigido aos assistentes operacionais, oportunidade que reforçou competências pedagógicas e de liderança.

A autonomia concedida pela orientadora permitiu desenvolver capacidade de responsabilidade, tomada de decisão e gestão do percurso clínico da pessoa. Além disso, o tempo médio de internamento permitiu acompanhar a evolução da pessoa ao longo do processo, avaliar o impacto das intervenções e reformular o plano sempre que necessário, enriquecendo o raciocínio clínico e a capacidade de planeamento.

A diversidade de situações clínicas observadas em contexto comunitário reforçou ainda a capacidade de adaptação, a sensibilidade cultural e a abordagem verdadeiramente centrada na pessoa e na família, constituindo um contributo decisivo para o crescimento profissional e pessoal ao longo do EP.

Durante o EP, foram identificadas diversas **ameaças** externas que influenciaram o desempenho. A complexidade clínica de muitos casos, marcada por múltiplas comorbilidades, elevada idade, processos demenciais avançados e graus significativos de dependência antes do internamento, exigiu elevada atenção, prioridade constante dos cuidados de reabilitação e maior dedicação ao planeamento individualizado.

As condições sociais precárias de algumas pessoas constituíram igualmente uma ameaça, uma vez que limitaram a capacidade de continuidade de cuidados no domicílio e dificultaram estratégias de capacitação e treino. No plano pessoal, a limitação temporal do EP, aliada à necessidade de conciliar vida profissional, académica e pessoal, dificultou a gestão equilibrada do tempo e reduziu as oportunidades de estudo autónomo, participação em workshops, cursos e outras formações que poderiam ter aprofundado ainda mais o desenvolvimento de competências.

A nível comunitário identificaram-se fatores externos que influenciaram a planificação e continuidade dos cuidados, como o trânsito, condições meteorológicas adversas e ausências imprevistas das pessoas internadas em contexto de ECCL, dificultando a gestão eficiente das rotas e das intervenções agendadas. As condições sociofamiliares frequentemente fragilizadas de algumas pessoas representaram igualmente uma ameaça

à continuidade terapêutica, limitando a implementação de estratégias de reabilitação e a capacitação plena da pessoa e do cuidador informal. A variabilidade da adesão familiar e a inconsistência no apoio domiciliário constituíram desafios adicionais para a concretização de planos de cuidados centrados na autonomia e funcionalidade.

CONCLUSÕES

O EP em ER constituiu um percurso profundamente enriquecedor, marcado pelo desenvolvimento progressivo das competências comuns do EE, das competências específicas da área de Reabilitação e das competências de Mestre. A análise crítico-reflexiva realizada ao longo deste relatório evidencia que os objetivos inicialmente definidos, e posteriormente ajustados às necessidades concretas das pessoas acompanhadas, foram plenamente alcançados. A identificação rigorosa das necessidades da pessoa com AVC, a conceção e implementação de planos de cuidados individualizados e a promoção da capacitação da pessoa e dos cuidadores foram concretizadas de forma sistemática, fundamentada e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A integração de teorias de enfermagem, como a Teoria das Transições e o Modelo do Cuidado Centrado na Pessoa, bem como a mobilização permanente da evidência científica, permitiram sustentar um raciocínio clínico especializado, ético e reflexivo, característico do perfil profissional esperado de um EEER.

Os ganhos sensíveis decorrentes das intervenções de reabilitação foram visíveis em diferentes domínios da funcionalidade. Destacaram-se melhorias na mobilidade, força muscular, equilíbrio, ventilação, controlo da dispneia, eficácia da expetoração, segurança da deglutição, desempenho nas Atividades de Vida Diária e adaptação psicossocial. Estes ganhos resultaram da aplicação de estratégias terapêuticas diferenciadas, do uso de instrumentos validados para avaliação e monitorização, da educação terapêutica contínua dirigida à pessoa e aos cuidadores e da promoção de atividades que favoreceram a autonomia, o autocuidado e a reintegração funcional. A concretização destes resultados demonstra o impacto dos cuidados especializados de ER na melhoria da qualidade de vida, no bem-estar global e na inclusão social das pessoas acompanhadas.

A partir da experiência vivida emergem recomendações relevantes para a prática, a educação e as políticas de saúde. Em termos de prática clínica, destaca-se a necessidade de fortalecer a avaliação sistematizada e o uso de instrumentos validados, de forma a

garantir decisões terapêuticas mais precisas e orientadas por evidência. A nível educativo, torna-se pertinente reforçar a formação contínua dos profissionais de saúde, particularmente em áreas como ergonomia, deglutição, mobilização segura e reabilitação pós-AVC, garantindo equipas mais preparadas e intervenções multidisciplinares mais consistentes. Do ponto de vista das políticas de saúde, recomenda-se o investimento na integração da ER em todos os níveis de cuidados, em particular nos cuidados de saúde primários e nas equipas domiciliárias, promovendo uma resposta mais eficaz às necessidades da população e contribuindo para a redução de complicações e internamentos evitáveis.

O trabalho desenvolvido neste EP abre igualmente caminhos para a continuidade da investigação no âmbito da ER. Os dois relatos de caso clínico elaborados constituem bases sólidas para futuros projetos de investigação aplicada, nomeadamente relacionados com a eficácia de intervenções específicas em pessoas com AVC, a implementação de programas de reeducação funcional em contexto comunitário ou a validação de instrumentos de avaliação funcional na população portuguesa. A continuidade deste percurso poderá traduzir-se na realização de estudos mais abrangentes, no desenvolvimento de protocolos de reabilitação ajustados à realidade nacional ou em iniciativas que promovam a literacia em saúde e a capacitação de cuidadores.

Importa ainda reconhecer as dificuldades experienciadas ao longo do percurso e as estratégias que permitiram superá-las. Entre os principais desafios encontraram-se a gestão do tempo associada às exigências simultâneas da prática clínica, da vida profissional e do compromisso académico; a complexidade clínica de algumas pessoas acompanhadas, marcada por múltiplas comorbilidades; e a adaptação aos diferentes contextos, particularmente no domicílio, onde a escassez de recursos exigiu criatividade e flexibilidade. A superação destes desafios foi possível graças ao recurso à reflexão crítica, ao apoio constante das enfermeiras orientadoras, à comunicação efetiva com as equipas multidisciplinares, à procura ativa de evidência científica atualizada e ao desenvolvimento de estratégias pessoais de organização e autorregulação.

Em síntese, o EP permitiu consolidar competências avançadas de avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de ER, afirmando o desenvolvimento profissional como EEER e contribuindo de forma significativa para o progresso da prática, da ciência e da disciplina. O percurso realizado reforça o compromisso ético, técnico e científico com o cuidado à pessoa em processo de transição saúde/doença e reafirma a importância da ER como área essencial para a promoção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 75th World Medical Association General Assembly. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. The World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Aderinto, N., AbdulBasis, M. O., Olatunji, G., & Adejumo, T. (2023). Exploring the transformative influence of neuroplasticity on stroke rehabilitation: a narrative review of current evidence. *Annals of Medicine & Surgery*, 85(9), 4425–4432. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001137>
- Albers, G. W., Marks, M. P., Kemp, S., Christensen, S., Tsai, J. P., Ortega-Gutierrez, S., McTaggart, R. A., Torbey, M. T., Kim-Tenser, M., Leslie-Mazwi, T., Sarraj, A., Kasner, S. E., Ansari, S. A., Yeatts, S. D., Hamilton, S., Mlynash, M., Heit, J. J., Zaharchuk, G., Kim, S., ... Lansberg, M. G. (2018). Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *The New England journal of medicine*, 378(8), 708–718. <https://doi.org/10.1056/NEJMOA1713973>
- Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação Respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 67–76. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>
- Alves, P. V., Pinheiro, M. J. F., & Marques, F. M. (2024). A metodologia científica do processo de enfermagem. Em *Enfermagem Avançada* (pp. 292–298).
- Amaro, A. F. P., Preto, L., & Delgado, B. M. (2024). NEGLIGÊNCIA VISUO-ESPACIAL APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO AUTOCUIDADO: UMA REVISÃO DE ESCOPO. Em *Open Science Research XVII* (Vol. 17, pp. 276–292). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/241118303>

- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idososa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 164–233). Lidel.
- Asmirajanti, M., Hamid, A. Y. S., & Hariyati, R. T. S. (2019). Nursing care activities based on documentation. *BMC Nursing*, *18*(S1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0352-0>
- Assembleia do Colégio da Especialidade de ER. (2014). *PADRÃO DOCUMENTAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. OE.
- Balaban, B., & Tok, F. (2014). Gait Disturbances in Patients With Stroke. *PM and R*, *6*(7), 635–642. <https://doi.org/10.1016/J.PMRJ.2013.12.017;ISSUE:ISSUE:DOI>
- Baron, J. C. (2001). Perfusion thresholds in human cerebral ischemia: historical perspective and therapeutic implications. *Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland)*, *11* Suppl 1(SUPPL. 1), 2–8. <https://doi.org/10.1159/000049119>
- Bartoli, D., Lombardi, E., Trotta, F., Macripo, S., Pucciarelli, G., & Francesco, P. (2025). Training and Support Needs in Transitional Care From Hospital to Home of the Health Care Professional-Caregiver-Stroke Survivor Triad: A Meta-Synthesis Study. *Journal of Clinical Nursing*, *34*(2), 625–661. <https://doi.org/10.1111/JOCN.17591;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER>
- Batchelor, F. A., Mackintosh, S. F., Said, C. M., & Hill, K. D. (2012). Falls after stroke. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*, *7*(6), 482–490. <https://doi.org/10.1111/J.1747-4949.2012.00796.X>
- Bergamo Momisso, J., & Bombarda, T. B. (2026). PLANEJAMENTO DA TRANSIÇÃO DE CUIDADO DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO: Percepções de familiares de

- pacientes com acidente vascular cerebral. *Psicologia e Saúde em debate*, 11(2), 1140–1153. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V11A2A65>
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.PUB4>
- Braga, M., Ferreira, S., Morais, C., Chiado, A., Lima, A., Correspondente, A., Soraia da Silva Braga, M., & Portuguesa, A. (2023). Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e288–e288. <https://doi.org/10.33194/RPER.2023.288>
- Bray, J. (2003). Therapeutic Relationships: Building Blocks of Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation Nursing*, 28(5), 140. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2003.tb02046.x>
- Brott, T., Adams, H. P., Olinger, C. P., Marle, J. R., Barsan, W. G., Biller, J., Spilker, J., Holleran, R., Eberle, R., Hertzberg, V., Rorick, M., Moomaw, C. J., & Walker, M. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*, 20(7), 864–870. <https://doi.org/10.1161/01.STR.20.7.864>
- Burke, R. E., Kripalani, S., Vasilevskis, E. E., & Schnipper, J. L. (2012). Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of hospital medicine : an official publication of the Society of Hospital Medicine*, 8(2), 102. <https://doi.org/10.1002/JHM.1990>
- Camak, D. J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 24(17–18), 2376–2382. <https://doi.org/10.1111/JOCN.12884>
- Canhão, P., & Melo, T. P. (2023). Acidentes Vasculares Cerebrais. Em J. M. Ferro, J. Pimentel, & I. P. Martins (Eds.), *Neurologia fundamental: Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (3.a ed., pp. 71–83). Lidel.

- Cardoso, A., & Brito, A. (2024). Mais Enfermagem na Enfermagem. Em R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem Avançada* (pp. 1–20). Lidel.
- Carey, L. M., & Matyas, T. A. (2011). Frequency of discriminative sensory loss in the hand after stroke in a rehabilitation setting. *Journal of rehabilitation medicine*, 43(3), 257–263. <https://doi.org/10.2340/16501977-0662>
- Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M.-E., & Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 667–674. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>
- Chen, C. H., Chang, T. Y., Sung, P. S., Su, H. C., Chou, C. H., Tung, H., Tsai, L. K., Tang, S. C., & Jeng, J. S. (2025). An overview of post-stroke disability. *Journal of the Formosan Medical Association*. <https://doi.org/10.1016/J.JFMA.2025.10.038>
- Colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
- Comissão Nacional da UNESCO. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>
- Corbetta, D., Sirtori, V., Castellini, G., Moja, L., & Gatti, R. (2015). Constraint-induced movement therapy for upper extremities in people with stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004433.PUB3>

- Cordonnier, C., Demchuk, A., Ziai, W., & Anderson, C. S. (2018). Intracerebral haemorrhage: current approaches to acute management. *The Lancet*, 392(10154), 1257–1268. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31878-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31878-6)
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República, Série I*(215). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *Diário da República, Série I*(38). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- DeGrazia, D., & Millum, J. (2021). *A Theory of Bioethics*. Em *A Theory of Bioethics*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009026710>
- DGS. (2011). *Norma n.º 054/2011: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação* (Norma no 054/2011). DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao/>
- Dirnagl, U., Iadecola, C., & Moskowitz, M. A. (1999). Pathobiology of ischaemic stroke: an integrated view. *Trends in neurosciences*, 22(9), 391–397. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(99\)01401-0](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(99)01401-0)
- During, M., Biessels, G. J., Brodtmann, A., Chen, C., Cordonnier, C., de Leeuw, F. E., DeBette, S., Frayne, R., Jouvent, E., Rost, N. S., ter Telgte, A., Al-Shahi Salman, R., Backes, W. H., Bae, H. J., Brown, R., Chabriat, H., De Luca, A., deCarli, C., Dewenter, A., ... Wardlaw, J. M. (2023). Neuroimaging standards for research into small vessel disease—advances since 2013. *The Lancet Neurology*, 22(7), 602–618. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00131-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00131-X)
- Duffy, J. R. (2020). *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management* (4.ª ed.). Elsevier.
- Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and

- European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3), LXXXIX–CXV.
<https://doi.org/10.1177/23969873211039721;JOURNAL:JOURNAL:ESOA;ISSUE:ISSUE:DOI>
- European Stroke Organization. (2018). *Plano de ação para o AVC na europa 2018-2030*. European Stroke Organization. <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>
- Feigin, V. L., Roth, G. A., Naghavi, M., Parmar, P., Krishnamurthi, R., Chugh, S., Mensah, G. A., Norrving, B., Shiue, I., Ng, M., Estep, K., Cercy, K., Murray, C. J. L., & Forouzanfar, M. H. (2016). Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Neurology*, 15(9), 913–924.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)30073-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)30073-4)
- Ferreira, A. M. da S., Pierdevara, L., Ventura, I. M., Gracias, A. M. B., Marques, J. M. F., & Dos Reis, M. G. M. (2018). The gugging swallowing screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the portuguese context. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(16), 85–94.
<https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Francisco, G. E., Wissel, J., Platz, T., & Li, S. (2021). Post-Stroke Spasticity. *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations*, 149–173. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_9
- Freitas, C., Rodrigues, C., Pratas, L., & Almeida, S. (2022). Terapia de espelho na reabilitação do membro superior pós Acidente Vascular Cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 15–19.
<https://doi.org/10.33194/RPER.2021.192>

- Frontera, W. R., DeLisa, J. A., Gans, B. M., & Robinson, L. R. (2019). *DeLisa's physical medicine and rehabilitation: principles and practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ginghină, S. (2023). Principles of Biomedical Ethics. *Logos Universality Mentality Education Novelty: Social Sciences*, 12(2), 110–122. <https://doi.org/10.18662/lumenss/12.2/97>
- Gomes, C., Marques-Vieira, C., & Braga, R. (2021). A Pessoa com Doença Cerebrovascular. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 387–407). Sabooks e Lusodidacta.
- Guerreiro, S., & Matos, F. (2022). *Manual Acolhimento*. UCC Olhar +.
- Gürel, E., & Tat, M. (2017). Swot Analysis: A THEORETICAL REVIEW. *Journal of International Social Research*, 10(51), 994–1006. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*, 9(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1111/IJS.12357>
- Hankey, G. J. (2017). Stroke. *The Lancet*, 389(10069), 641–654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30962-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30962-X)
- Harrison, M., Ryan, T., Gardiner, C., & Jones, A. (2017). Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study. *Topics in stroke rehabilitation*, 24(2), 119–125. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1196908>
- Hemphill, J. C., Greenberg, S. M., Anderson, C. S., Becker, K., Bendok, B. R., Cushman, M., Fung, G. L., Goldstein, J. N., MacDonald, R. L., Mitchell, P. H., Scott, P. A., Selim, M. H., & Woo, D. (2015). Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare

- Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 46(7), 2032–2060. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000069>
- Higaonna, M., Morimoto, T., & Ueda, S. (2020). Association between nursing care delivery models and patients' health outcomes in a university hospital: A retrospective cohort study based on the Diagnostic Procedure Combination database. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(2). <https://doi.org/10.1111/jjns.12319>
- Hu, L., & Liu, G. (2021). Effects of early rehabilitation nursing on neurological functions and quality of life of patients with ischemic stroke hemiplegia. *American Journal of Translational Research*, 13(4), 3811. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8129209/>
- Iadecola, C., & Anrather, J. (2011). The immunology of stroke: from mechanisms to translation. *Nature medicine*, 17(7), 796–808. <https://doi.org/10.1038/NM.2399>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *MENOS MORTES POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Ordem dos Enfermeiros. https://futurosenf.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/cipe_2015.pdf
- Jesus Rocha, I. de, Martin Bravo, M. F., Mota Sousa, L. M., Nunes Mesquita, A. C., & Carlos Pestana, H. C. F. (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(S1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

- Jones, F., Mandy, A., & Partridge, C. (2008). Reasons for recovery after stroke: a perspective based on personal experience. *Disability and rehabilitation*, 30(7), 507–516. <https://doi.org/10.1080/09638280701355561>
- Keep, R. F., Hua, Y., & Xi, G. (2012). Intracerebral haemorrhage: Mechanisms of injury and therapeutic targets. *The Lancet Neurology*, 11(8), 720–731. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70104-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70104-7)
- Kennedy, N. C. (2021). The role of neuroplasticity in stroke nursing. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 17(Sup2), S20–S25. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2021.17.Sup2.S20>
- Khan, F., Chevidikunnan, M. F., González-Bernal, J., & Soto-Cámara, R. (2021). Prevalence of Balance Impairment and Factors Associated with Balance among Patients with Stroke. A Cross Sectional Retrospective Case Control Study. *Healthcare* 2021, Vol. 9, Page 320, 9(3), 320. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE9030320>
- Lange, C., Sousa, L., & Llano, P. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental* (C. Sequeira, Ed.; 2.a ed.). Lidel.
- Langhorne, P., & Ramachandra, S. (2020). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub4>
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)
- Lei n.º 15/2014, de 21 de março. *Diário da República, Série I*(57). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República, Série I*(181). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto. *Diário da República, Série I-A*(194). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/38-2004-480708>

- Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro. *Diário da República, Série I*(14).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>
- Leitão, A. (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. OMS & DGS.
- Leon, A. M., & Knapp, S. (2008). Involving Family Systems in Critical Care Nursing. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(6), 255–262.
<https://doi.org/10.1097/01.DCC.0000338866.47164.6d>
- Lili, L., Sunnerhagen, K. S., Rekand, T., & Alt Murphy, M. (2024). Participation and autonomy, independence in activities of daily living and upper extremity functioning in individuals with spinal cord injury. *Scientific Reports 2024 14:1*, 14(1), 9120-. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59862-2>
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. D. S., Ferreira, M. S. M., Fernandes, C. S., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2022). Del concepto de independencia al cuestionamiento de su uso en la práctica: scoping review. *Enfermería Global*, 21(1), 625–654.
<https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.444151>
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. de O. (2021). O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20113>
- Louie, D. R., Simpson, L. A., Ben Mortenson, W., Field, T. S., Yao, J., & Eng, J. J. (2022). Prevalence of Walking Limitation After Acute Stroke and Its Impact on Discharge to Home. *Physical Therapy*, 102(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1093/PTJ/PZAB246>
- Marques-Vieira, C., & Gonçalves, T. (2021). A tomada de decisão em Enfermagem. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 51–60). Sabooks e Lusodidacta.

- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756–2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.EB>
- Martins, C. S. X. (2021). *Cuidado Culturalmente Competente à Pessoa em Situação Crítica: Uma Intervenção Especializada em Enfermagem* [Relatório de Estágio de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Martín-Sanz, M. B., Salazar-de-la-Guerra, R. M., Cuenca-Zaldivar, J. N., Salcedo-Perez-Juana, M., Garcia-Bravo, C., & Palacios-Ceña, D. (2022). Person-centred care in individuals with stroke: a qualitative study using in-depth interviews. *Annals of Medicine*, 54(1), 2167–2180. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2105393>
- Matos, M. de F. G. de, & Simões, J. A. G. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. 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>
- McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing Person-Centred Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man03>
- Mehrholz, J., Thomas, S., Kugler, J., Pohl, M., & Elsner, B. (2020). Electromechanical-assisted training for walking after stroke. *Cochrane*

- Database of Systematic Reviews*, 2020(10).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006185.pub5>
- Meireles Pinto, D. R., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2020). Reconhecimento do outro para o trabalho efetivo do enfermeiro de reabilitação: referencial de Axel Honneth. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 20–26.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.3.5774>
- Meleis, A. I. F. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. F. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5.a ed.). Wolters Kluwer Heath.
- Meleis, A. I. F. (2015). Transitions Theory. Em M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4.a ed., pp. 361–381). F.A. Davis Company.
- Meleis, A. I. F., Sawyer, L. M., 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., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Ministério da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde. (sem data). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Obtido 11 de Dezembro de 2024, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Monteiro, R., Nascimento, L., & Martins, F. (2023). *Guia de integração do Enfermeiro e do Assistente Operacional no serviço de Ortopedia/Neurocirurgia*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2024). *NIH Stroke Scale*.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke.

O'Donnell, M. J., Denis, X., Liu, L., Zhang, H., Chin, S. L., Rao-Melacini, P., Rangarajan, S., Islam, S., Pais, P., McQueen, M. J., Mondo, C., Damasceno, A., Lopez-Jaramillo, P., Hankey, G. J., Dans, A. L., Yusuf, K., Truelsen, T., Diener, H. C., Sacco, R. L., ... Yusuf, S. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet (London, England)*, 376(9735), 112–123. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60834-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60834-3)

OE. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocu%20mentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

OMS. (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. OMS. <http://www.who.int/chp/steps/Stroke/en/>

OMS. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Pereira, R. S. da S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Pereira, A. I., Pereira, A. M. da S., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 86–95. <https://doi.org/10.33194/RPER.2020.V3.N2.13.5827>

- Peres, C. R. F. B., Tonhom, S. F. da R., Otani, M. A. P., Biffe, C. R. F., & Marin, M. J. S. (2021). Articulação teórico-prática na formação do enfermeiro. Em *New Trends in Qualitative Research* (Vol. 8, pp. 218–225). Ludomedia EN. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225>
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). Autocuidado como dimensão relevante para a Enfermagem de Reabilitação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 67–75). Lidel.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke *Stroke*, 50(12), E344–E418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Rabiais, I., & Amendoeira, J. (2013). Educar em enfermagem: um processo de reflexividade na interação. *Cadernos De Saúde*, 6, 55–68. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2013.2841>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II*(26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho. *Diário da República, Série II*(119). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série III*(85). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 960/2025, de 1 de agosto. *Diário da República, Série II*(147). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/960-2025-927367011>

- Reis, G., & Bule, M. J. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57–65). Lusodidacta.
- Renaud, M., & Renaud, I. (1996). Fundamentos éticos. Em L. Archer, J. Biscaia, & W. Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 34–58). Verbo.
- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. Em O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 58–66). Lidel.
- RNAO. (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls* (4.a ed.). RNAO. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries>
- RNAO. (2025). *People-Centred Care* (3.ª ed.). RNAO. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/people-centred-care>
- Rodrigues, A., Santos, N., & Nascimento, A. (2024). *Guia de Integração dos Enfermeiros: Serviço de Medicina – Piso 8*. Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.
- Rodrigues, F. R. A. (2014). *O cuidado de enfermagem culturalmente competente: uma narrativa de enfermeiros em serviço de infeciologia* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e265–e265. <https://doi.org/10.33194/RPER.2023.265>
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., Elkind, M. S. V., George, M. G., Hamdan, A. D., Higashida, R. T., Hoh, B. L., Janis, L. S., Kase, C. S., Kleindorfer, D. O., Lee, J. M., Moseley, M. E., Peterson, E. D., Turan, T. N., Valderrama, A. L., & Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke

- Association. *Stroke*, 44(7), 2064–2089.
<https://doi.org/10.1161/STR.0B013E318296AECA>
- Salter, K., Hellings, C., Foley, N., & Teasell, R. (2008). The experience of living with stroke: a qualitative meta-synthesis. *Journal of rehabilitation medicine*, 40(8), 595–602. <https://doi.org/10.2340/16501977-0238>
- Salvado, H. de J. F., Raposo, S. C. F., Carneiro, A. I., Fonseca, P. M. S., & Sousa, L. M. M. (2018). Timed Up and Go Test na pessoa com Acidente Vascular Cerebral residente na comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 61–67.
<https://doi.org/10.33194/RPER.2018.V1.N1.08.4389>
- Santos, J. T., Campos, C. M. S., & Martins, M. M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36–43. <https://doi.org/10.33194/RPER.2020.V3.N2.6.5799>
- Sequeira, C., & Néné, M. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceitos, teoria e prática*. Lusodidacta.
- Serra, C., Rodrigues, C., & Basílio, V. (2022). *Cuidar para não tombar: Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. UCC Olhar +.
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26(2).
https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf
- Skidmore, E. R., Whyte, E. M., Holm, M. B., Becker, J. T., Butters, M. A., Dew, M. A., Munin, M. C., & Lenze, E. J. (2010). Cognitive and Affective Predictors of Rehabilitation Participation After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(2), 203–207.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.10.026>

- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Teixeira, C., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerr, M. (2023). Enfermagem e seus metaparadigmas. *Servir*, 2(01e), 80–80. <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Teoli, D., Sanvictores, T., & An, J. (2025). *SWOT Analysis*. StatPearls Publishing.
- Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Hussein, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., Mitchell, P. H., Skolarus, L. E., Whooley, M. A., & Williams, L. S. (2017). Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), e30–e43. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000113>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933;WGROU:STRING:PUBLICATION>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI. (2025). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Vol. 4.25* (Número 37). Instituto da Segurança Social, I.P.
- van Asch, C. J., Luitse, M. J., Rinkel, G. J., van der Tweel, I., Algra, A., & Klijn, C. J. (2010). Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*, 9(2), 167–176. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70340-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70340-0)
- Veronese, M., Vellone, E., Alvaro, R., & Pucciarelli, G. (2025). The transitional care from hospital to home for stroke survivors and their caregivers: A systematic

review. *Journal of Vascular Nursing*, 43(2), 86–98.

<https://doi.org/10.1016/J.JVN.2025.03.002>

Wardlaw, J. M., Brazzelli, M., Chappell, F. M., Miranda, H., Shuler, K., Sandercock, P. A. G., & Dennis, M. S. (2015). ABCD2 score and secondary stroke prevention: meta-analysis and effect per 1,000 patients triaged. *Neurology*, 85(4), 373–380. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001780>

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke*, 47(6), e98–e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

ANEXOS

ANEXO I

PARECER COMISSÃO DE ÉTICA ESSATLA – RELATO DE CASO CONTEXTO COMUNITÁRIA



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE64_2025

Assunto: Projeto no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação_ Relatório de Caso Clínico: "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com alterações neuromusculares por doença degenerativa".

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.

Borcarens, 30 de junho de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS**
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Data: 2025/06/30 12:51:09+01:00

Professora Adjunta Maria João Santos

ANEXO II

PARECER COMISSÃO DE ÉTICA ESSATLA – RELATO DE CASO CONTEXTO HOSPITALAR



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCBA_2025

Assunto: Emissão de Parecer para o desenvolvimento do Projeto de Investigação: "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Pneumonia por Aspiração Pós-Acidente Vascular Cerebral: Relato de Caso Clínico", 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.

Barcelos, 20 de novembro de 2025.

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: Maria João de Almeida dos Santos
N.º de identificação: 00540460
Data: 2025.11.20 15:04:36 (+0000)

Professora Adjunta Maria João Santos

ANEXO III

COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR - DESAFIOS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM DA OE



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

TIAGO ALEXANDRE FILIPE BRANCO

membro nº 102869 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem", realizado no(a) dia(s) no dia 27 de Janeiro de 2026, com duração total de 2h no(a) Plataforma digital "Cisco Webex".

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco
Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.



Ordem dos Enfermeiros SUL

"DESAFIOS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM"

27 de janeiro de 2026, entre as 21h e as 23h

Programa

21h00 Boas-vindas

Dora Franco | Presidente do Conselho Diretivo da Secção Regional do Sul
Tânia Soares | Presidente do Conselho de Enfermagem da Secção Regional do Sul

Moderador

Francisco Vaz | Comissão Regional de Peritos

Preletores:

21h15 | Desafios atuais da Gestão em Enfermagem

Teresa da Costa Simões | Enfermeira Diretora RH Luz Saúde – Serviços A.C.E.

21h45 | Poder da Gestão em Enfermagem

Helena Bernardes | Enfermeira Gestora na ULS de Santa Maria, E.P.E.

22h15 | A Qualidade em Saúde como Ferramenta de Gestão de Enfermagem

Pedro Martins Rago | Enfermeiro Gestor na ULS de São João, E.P.E.

22h45 | Discussão

23h00 | Encerramento

Tânia Soares | Presidente do Conselho de Enfermagem da Secção Regional do Sul

ANEXO IV

COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DA PLATAFORMA INITIATIVE ANGELS: DYSPHAGIA COURSE



ANEXO V

COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DA PLATAFORMA INITIATIVE ANGELS: PATIENT MOBILIZATION IN BED – AN IMPORTANT ELEMENT OF EARLY POST-STROKE REHABILITATION

ANEXO VI

COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO DA PLATAFORMA INITIATIVE ANGELS: STROKE BASICS CARE



ANEXO VII

COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NAS I JORNADAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DA ULS ALGARVE

Instituição de Ensino Superior (IES)
Escola Superior de Saúde Atlântica e nomeada
Pelo Decreto n.º 127/2019

Escola Superior de Saúde Atlântica
Rua da Universidade, 225-2255-7
8100-109 Faro (Algarve)



Declaração

Declaro-se que **Tiago Alexandre Filipe Branco**, participou no evento "I Jornadas de Enfermagem de Reabilitação", subordinado ao tema "Rumo ao Futuro" promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 25 e 26 de novembro de 2024 na Universidade do Algarve - Campus da Penha.

Faro, 16 de dezembro de 2024

Rita Monteiro
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

IES
Escola Superior de Saúde Atlântica
Rua da Universidade, 225-2255-7
8100-109 Faro (Algarve)



ANEXO VIII

COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NAS I JORNADAS DO NÚCLEO DE ER DA ULS LISBOA OCIDENTAL



ANEXO IX

COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NA 1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DO DESPORTO, DO EXERCÍCIO FÍSICO E DA ATIVIDADE FÍSICA DA ESEL



ANEXO X

COMPROVATIVO DE ACEITAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO: ARTIGO CIENTÍFICO I



Comunicado de publicação - ID 14078

De: Grupo de Pesquisa NPEPS <npeps@unemat.br>

Data: Seg, 05/01/2025 23:14

Para: Imcouso@atlantica.pt <Imcouso@atlantica.pt>; tigoalbranco@hotmail.com <tigoalbranco@hotmail.com>; vbasilio@ulsaq.min-saude.pt <vbasilio@ulsaq.min-saude.pt>; rguerra@atlantica.pt <rguerra@atlantica.pt>; sseverino@atlantica.pt <sseverino@atlantica.pt>

Estimados Autores,

Comunicamos que o artigo "Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com demência avançada no domicílio: estudo de caso", já se encontra publicado e disponível na página da revista Journal Health NPEPS, conforme link abaixo:

URL: <https://periodicos.unemat.br/index.php/npeps/article/view/14078/9833>

Incentivamos a inclusão do artigo no Researchgate dos autores - <https://www.researchgate.net/>

Compartilhem com seus pares e Universidade.

Atenciosamente,
Secretaria J-NPEPS

ANEXO XI

COMPROVATIVO DE ENVIO PARA PUBLICAÇÃO: ARTIGO CIENTÍFICO IV

Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica
Cuidados de Enfermería de Rehabilitación para la Persona con Neumonía Asociada al
Accidente Cerebrovascular: Informe de caso
Rehabilitation Nursing Care for the Person with Stroke-associated pneumonia: case
report
—[Borrador del manuscrito]—

Número del manuscrito:	SEENENC-D-26-2023
Tipo de artículo:	Caso clínico
Palabras clave:	Accidente Cerebrovascular; Enfermería en Rehabilitación; Neumonía por Aspiración; Pneumonia; Aspiration; Rehabilitation Nursing; Stroke
Autor correspondiente:	Tiago Alexandre Filipe Branco Universidade Atlântica Escola Superior de Saúde Atlântica PORTUGAL
Primer autor:	Tiago Alexandre Filipe Branco
Ordén de autores:	Tiago Alexandre Filipe Branco Ana Sofia Marques Rodrigues Sandy Silva Pedro Severino Raquel Gama Janaína Mendes Murgueta Luis Manuel Sousa
Resumen:	<p>Resumen:</p> <p>Introducción: El ictus es una de las principales causas de discapacidad adquirida y se asocia frecuentemente con déficits motores, respiratorios y de la deglución. El enfermero especializado en enfermería de rehabilitación desempeña un papel clave en la recuperación funcional y en el empoderamiento tanto de la persona como de su familia a lo largo del proceso de rehabilitación.</p> <p>Objetivo: Describir los resultados de la implementación de un programa de enfermería de rehabilitación motora y respiratoria en un paciente con neumonía asociada al ictus.</p> <p>Método: Estudio de caso clínico realizado entre el 3 y el 31 de octubre de 2022, que incluyó 14 sesiones con una duración de entre 1 y 1,5 horas. La recogida de datos incluyó anamnesis dirigida a la familia, revisión de la historia clínica, exploración física y la aplicación de instrumentos de evaluación estandarizados, a saber: Gugging Swallowing Screen, la Escala de Medical Research Council y la Escala de Ashworth-Modificada. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, considerando las evaluaciones inicial, intermedia y final.</p> <p>Resultados: Tras la implementación del programa de rehabilitación motora y respiratoria, se observaron mejoras en la fuerza muscular y en la ventilación, con reducción de la producción de esputo y mayor control respiratorio. Se desarrolló capacidad en las extremidades superiores y la deglución permaneció alterada, asociada a un deterioro mínimo.</p> <p>Conclusión: Este estudio de caso sugiere que la intervención temprana e integrada del enfermero de rehabilitación contribuye a mejoras significativas en la función motora y respiratoria en personas con neumonía por aspiración tras un ictus.</p> <p>Abstract:</p> <p>Introduction: Stroke is one of the main causes of acquired disability and is frequently associated with motor, respiratory, and swallowing deficits. The rehabilitation nurse plays a key role in functional recovery and in empowering both the person and their family throughout the rehabilitation process.</p> <p>Objective: To describe the outcomes of implementing a motor and respiratory rehabilitation nursing programme in a patient with stroke-associated pneumonia.</p> <p>Method: Clinical case study conducted between October 3 and October 31, 2022, which included 14 sessions with a duration of between 1 and 1.5 hours. Data collection included family-directed anamnesis, review of the clinical history, physical examination and the application of standardized assessment instruments, namely: Gugging Swallowing Screen, the Medical Research Council Scale and the Modified Ashworth Scale. The data were analysed using descriptive statistics, considering the initial, intermediate and final evaluations.</p> <p>Results: After the implementation of the motor and respiratory rehabilitation programme, improvements were observed in muscle strength and ventilation, with reduction in sputum production and greater respiratory control. Capacity was developed in the upper extremities and swallowing remained altered, associated with minimal deterioration.</p> <p>Conclusion: This case study suggests that the early and integrated intervention of the rehabilitation nurse contributes to significant improvements in motor and respiratory function in people with aspiration pneumonia after a stroke.</p>

Con tecnología de Editorial Magisteri y ProdUPan Magisteri de Jives Systems Corporation

Method: a clinical case report conducted between October 3rd and October 31st, 2025, comprising 14 sessions lasting between 1 and 1.5 hours. Data collection included family-directed anamnesis, review of clinical records, physical examination and the application of standardized assessment instruments, namely Gugging Swallowing Screen, the Medical Research Council Scale, and the Modified Ashworth Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, comparing the initial, intermediate, and final assessments.

Results: Following the implementation of the motor and respiratory rehabilitation programs, improvements were observed in muscle strength and ventilation, with reduced apnea production and greater respiratory control. Nonetheless, spasticity decreased in the upper limbs, and swallowing remained impaired, associated with clinical deterioration.

Conclusion: This case report suggests that early and integrated RVN intervention contributes to significant improvements in motor and respiratory function in individuals with aspiration pneumonia following stroke.

ANEXO XII

COMPROVATIVO DE ACEITAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO: ARTIGO CIENTÍFICO II



Autonomous City of Buenos Aires, March 21, 2025

Dear researcher,

Through this letter, we certify the acceptance of the scientific article entitled *"Effectiveness of virtual and augmented reality-based interventions in training informal carers of people with dementia: a rapid review"*, authored by Tiago Branco, Lúcia Marques, Marta Andrade, Isabel Rabiols, João Tomás, Sandy Severino, Helena José, Luís Sousa, following the peer review process in the journal **Gamification and Augmented Reality**.

The article has been published on the journal's website with the persistent identifier: <https://doi.org/10.56294/gr2025109>.

Once the article's layout is available on the journal's website, you are free to share the PDF on your scientific social networks, blogs, and/or institutional repositories, as the article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license.

Gamification and Augmented Reality is a peer-reviewed scientific journal with a double-blind review system. Its purpose is to promote the dissemination of scientific publications derived from national or foreign research.

Without further ado, on behalf of the editors of the journal, we cordially greet you and congratulate you on this academic achievement.

Sincerely,



Dr. Adrián Alejandro Vitón-Castillo
Editorial Salud, Ciencia y Tecnología
<https://gr.ageditor.ar/index.php/gr>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7811-2470>

William
Castillo-
González

Firmado digitalmente
por William Castillo-
González
Fecha: 2025.03.21
11:31:44 -03'00'



ANEXO XIII

COMPROVATIVO DE ACEITAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO: ARTIGO CIENTÍFICO III



www.ageditor.org

Autonomous City of Buenos Aires, October 28, 2025

Dear authors:

We hereby certify the acceptance, after peer review, of the manuscript **"The Therapeutic Relationship in Rehabilitation Nursing: Promotion of Culturally Sensitive Environments in the Community Context"** submitted by **Tiago Branco, Ana Sanchez, Carla Ramalho, Filipe Silva, Luis Sousa, Nelson Guerra, Sandy Severino**, in the Journal **Community and Interculturality In Dialogue**.

The article is published on our journal website with the following persistent identifier: <https://doi.org/10.56294/cid2025157>.

When the scientific paper layout is made available on the journal website, you may freely share the PDF in your scientific social networks, blogs, and/or institutional repositories, given that the article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license.

On behalf of the editors of this journal, we cordially greet you and extend our congratulations for this academic achievement.

Karina Maldonado
Coordinadora Editorial
www.ageditor.org

Karina
Maldona
do

Firmado
digitalmente por
Karina Maldonado
Fecha: 2025.10.28
00:11:24 -03'00'

ANEXO XIV

COMPROVATIVO DE FORMANDO EM FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CONTEXTO COMUNITÁRIO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA



Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que TIAGO ALEXANDRE FILIPE BRANCO, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço FORINSIA PLATAFORMA DE FORMACAO EM SERVICIO, na qualidade de participante, realizada a 22-05-2025 na ACES CENTRAL, UNIDADE LOCAL DE SAUDE DO ALGARVE com a duração de 01h00.

Faro, 01 de dezembro de 2025

R. Almeida

RITA ALMEIDA
Enfermeira de Saúde, Formação e Investigação

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA



ANEXO XV

COMPROVATIVO DE FORMADOR EM FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CONTEXTO COMUNITÁRIO

Unidade Local de Saúde
Unidade Local de Saúde Algarve (ULS)
Serviço de Especialidade de Saúde em Enfermagem
Saúde e Segurança do Trabalho
Endereço: Rua da Saúde, 1000-001
Algarve, Portugal



Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que TIAGO ALEXANDRE FILIPE BRANCO, Enfermeiro (EPE), participou na Formação em Serviço AVALIAÇÃO DA DEGLUTICAO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOA COM ALTERAÇÕES NA DEGLUTICAO NO DOMICILIO, na qualidade de formador, realizada a 10-07-2025 no/a ACES CENTRAL, com a duração de 01h00.

ULS Algarve, 10 de julho de 2025

ReAcerção
RITA ALEXANDRE RODRIGUES
Enfermeira de Saúde, Especialidade em Enfermagem

ULS
Rua da Saúde, 1000-001
Algarve
Serviço de Especialidade de Saúde em Enfermagem
Saúde e Segurança do Trabalho
www.uls_algarve.pt



ANEXO XVI

COMPROVATIVO DE FORMANDO EM FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CONTEXTO HOSPITALAR

UNIVERSIDADE
INSTITUTO DE ENFERMAGEM, FARMÁCIA E
ODONTOLÓGIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE FARO



Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que TIAGO ALEXANDRE FILIPE BRANCO, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço: CUIDADOS A PESSOA COM ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO, na qualidade de participante, realizada a 18-09-2025 na UNIDADE DE FARO, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE, com a duração de 01h00.

FARO, 03 de dezembro de 2025

Rafaela

RAFAELA ALMEIDA
Departamento de Ensino, Formação e Investigação

UNIVERSIDADE
INSTITUTO DE ENFERMAGEM, FARMÁCIA E
ODONTOLÓGIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE FARO



ANEXO XVII

COMPROVATIVO DE FORMADOR EM FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CONTEXTO HOSPITALAR

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALGARVE, E. L. U.L.S.
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL e INTERCOMUNIDADE
ALGARVE 8000-071 SETÚBAL
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ULS
Praça da Associação 013-0000
www.uls-algarve.pt



Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que TIAGO ALEXANDRE FILIPE BRANCO, Enfermeiro (EPE), participou na Formação em Serviço ERGONOMIA E SEGURANCA NO CUIDAR: TECNICAS DE MOBILIZACAO DE CLIENTES PARA ASSISTENTES OPERACIONAIS, na qualidade de formador, realizada a 27-11-2025 na/a UNIDADE DE FARO, com a duração de 01h00.

ULS Algarve, 27 de novembro de 2025

Rafaela Almeida

RAFAELA ALMEIDA
Biossegurança de Infeção, Prevenção e Investigação

ULS
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALGARVE, E. L. U.L.S.
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL e INTERCOMUNIDADE
ALGARVE 8000-071 SETÚBAL
www.uls-algarve.pt



APÊNDICES

APÊNDICE I

SESSÃO DE FORMAÇÃO - CONTEXTO COMUNITÁRIO



ESSATLA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALGARVE

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Estágio de Reabilitação na Comunidade

AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

Cuidados de Enfermagem à pessoa com alterações na deglutição no domicílio

Formação em serviço

Enfermeiro Tiago Branco, Mestrando em Enfermagem de Reabilitação 3º (2024/2025)
32484627@uaal.pt
Orientado por: C225 - Ana Beatriz Prof. (Enferm. Lúcia Ribeiro)



Objetivos desta sessão



- Compreender os conceitos fundamentais de deglutição
- Reconhecer sinais e sintomas de disfagia
- Conhecer os métodos de avaliação da disfagia
- Desenvolver competências práticas na avaliação clínica
- Interpretar os resultados da avaliação para planeamento da intervenção

DEGLUTIÇÃO

A deglutição é um processo neuromuscular complexo que conduz alimentos e líquidos da boca ao estômago, garantindo nutrição, hidratação e proteção das vias aéreas.

Envolve a coordenação de estímulos sensoriais periféricos (SNP) e centrais (SNC), com participação de estruturas como:

- Cérebro
- Gânglios basais
- Hipotálamo
- Amígdala
- Cérebro e mesencefalo
- Tronco encefálico e nervos cranianos



Deglutição

As estruturas anatômicas envolvidas na deglutição são: cavidade oral, faringe, laringe e esôfago.



Controlado pelos
Pares Craniais
(V, VII, IX, X, XI e XII)

- Motor
- Sensorial



Etiologia

NEUROGENICA	MECÂNICA	LATROGENICA
<p>Afécões no cérebro e DNE ou DNP</p> <ul style="list-style-type: none">• AVC• Doença de Parkinson• Alzheimar• Esclerose Múltipla• ELA• Miastenia Gravis• TCE• Paralisia cerebral	<p>Distúrbios respiratórios, traucótilos ou alterações, alterações de reflexos esofágicos</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumores• Obstrução por alimentos• Gurgulho• Traqueostomia• Intubação mecânica	<ul style="list-style-type: none">• Efeitos secundários da medicação• Sequelas da queda ou queda da medicação• Cargas de trabalho e peso no dia a dia posturas





Fase da Deglutição

Disfagia orofaríngea	Disfagia esofágica
<ul style="list-style-type: none">• Distúrbios na fase oral, faríngea, oral e faríngea• Acontecem logo após a ingestão, devido ao problema da articulação e faríngea• Ocorre logo no momento logo de tudo chegar ao do esôfago oral para a faríngea• Acontece a pessoa com o AVC, o ELA, a doença de Parkinson	<ul style="list-style-type: none">• Distúrbios de deglutição na fase esofágica• Ocorre logo em momento o bolo alimentar para o esôfago, sendo o bloqueio de alimentos esofágica e respiratória• Acontece a pessoa com refluxo gastroesofágico, várias etiologias, como do estômago



Principal Complicações



1. Pneumonia por aspiração.
2. Desnutrição
3. Desidratação

Avaliação da Disfagia



Avaliação Subjetiva/Bedside examination

A avaliação subjetiva da disfagia tem como principal objetivo a identificação e a avaliação da deglutição.

As escalas mais utilizadas são:

- PG - Penetration-Aspiration Scale
- ODS - Dysphagia Outcome and Severity Scale
- FEEL, DEB - Food Eating Evaluation of Elderly Dysphagics
- MDA - MD Anderson Dysphagia Inventory
- EAT-30 - Eating Assessment Test 30
- HDR - Functional Dysphagia Scale
- DSS - Dysphagia Severity Scale
- SSSS - Swallowing Sensation Scale
- W-VST - Volume-Viscosity Swallow Test (VICH)

Objetivos:

- Identificar os possíveis riscos da disfagia;
- Avaliar a segurança da deglutição no momento da avaliação;
- Definir o nível de alimentação.



Cuidados a ter/ensinar ao alimentar a pessoa



- Posição da pessoa está correta.
- Consistência da alimentação.
- Adequar a temperatura da colher e esperar que a pessoa degluta até inferiorizar mais alimentação (não usar colher de plástico).
- Após alimentar a pessoa, manter a pessoa em semi-tendência durante uns 30 minutos.
- Não é aconselhado dar alimentação com siringa uma vez que o risco de aspiração é muito grande.
- A pessoa com distúrgio não devem ser dados gelatinos e ter em atenção duas consistências diferentes.
- Deve ser dado um copo de água cheio à pessoa de modo a evitar hiperextensão da cabeça.

SCLinico



SCLinico
Centro de Unidades de
Saúde Hospitalares

<input type="checkbox"/>	1801	Prova de deglutição	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1802	Avaliar presença para realizar o procedimento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1803	Avaliar presença para retirar a sonda/dado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1804	Avaliar capacidade para realizar testes de deglutição	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1805	Avaliar conhecimento do processo de consentimento informado	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	1811	Prova de deglutição com líquido e sólido	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1806	Realizar testes complementares de deglutição	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1807	Enviar para avaliação de patologia para o diagnóstico	<input type="checkbox"/>







Avaliação da Sessão de Formação

A disfagia mais comum é a orofaríngea?

Verdadeiro

Falso

Qual destas estruturas anatómicas não se encontra envolvida na deglutição?

Cardíaco

Faring

Esôfago

Intestino

Avaliação da Sessão de Formação

Na avaliação MECV-V, inicia-se por consistência líquida?

Verdadeiro

Falso

DEFINAM 4 CUIDADOS A TER/ENSINAR AO ALIMENTAR A PESSOA.

Referências Bibliográficas

Cheney J.M., Shindler, Y., Smith, C., & Cook, H. (2019). Weekly Measurement of Heart- and Lung-Flow During Physical Therapy. *Chest*, *155*(1), 212-217. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.014>

Collin, C., Gao, A., Motta, E., Mottola, G.F., De Luca, M.F., De Luca, C.R., & De Luca, C.J. (2018). Effect of the volume of muscle mass on the rate of oxygen transport in humans under rest and in steady-state exercise. *Respiratory Physiology and Neurobiology*, *254*, 121-128. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2018.07.001>

Collin, M. B. (2004). *Enfermagem Hospitalar - Um Guia para o Trabalho em Unidades de Saúde*. São Paulo: Elsevier.

Correia, C. B. (2014). *Principais Síndromes de Síndrome de Desconforto Respiratório*. São Paulo: Elsevier.

Correia, L. A., Lira, E. C., & Lira, L. M. (2013). *Diagnóstico Ambulatório e Hospitalar*. Elsevier.

De Luca, C. J., & Knaflitz, M. (2000). Periodicity of respiratory oxygenation in humans. *Journal of Applied Physiology*, *89*(1), 112-117. <https://doi.org/10.1152/jap.2000.89.1.112>

Legramanti, J. A. (2018). *Exercício físico em pacientes com insuficiência cardíaca*. São Paulo: Elsevier.

Lopes, A. L., & Viana, M. C. (2011). Avaliação da capacidade funcional em pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Cardiologia*, *46*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-73322011000100001>

Motowala, L., Rizzo, C., Bazzucchi, E., Lippi, D. S., Cusi, G., Adorni, F., Lombardi, G., Malinverni, S., Spini, S., Marzetti, L., Sgheri, D., Vaini, S., & Jellison, J. A. (2018). *Protocolo Clínico de Avaliação e Tratamento*. World Cardiovascular Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/clinical-protocol-for-the-management-of-patients-with-acute-coronary-syndrome>

Murphy, D. (2018). *Diagnóstico Hospitalar em Doenças Crônicas*. São Paulo: Elsevier.

Murphy, S. A., & Bazzucchi, E. R. (2018). *Diagnóstico Hospitalar em Doenças Crônicas*. São Paulo: Elsevier.

New York University. (2018). *Protocolo Clínico de Avaliação e Tratamento*. World Cardiovascular Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/clinical-protocol-for-the-management-of-patients-with-acute-coronary-syndrome>

Reilly, J., Zingales, V., Motta, A., & De Luca, C. J. (2018). Effect of rest periods in the steady-state response of oxygen and carbon dioxide transport. *Journal of Applied Physiology*, *124*(1), 112-121. <https://doi.org/10.1152/jap.2017.124.1.112>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>

Referências Bibliográficas

Lee, S.H., Park, C.H., Lee, H.S., Lee, H.C., Chung, K.H., Park, W.L., & Song, J.S. (2018). Central Neuroexcitator Protein of Striatum (CNS) and Dopamine Receptor Distribution of the Striatum (DR) and Their Relationship with Rehabilitation in the Treatment of Stroke-Induced Dysphagia. *Stroke*, *49*(1), 112-118. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.046401>

Nelson, J., & Knaflitz, M. (2018). Dopamine in Human and Dog. *Physiology*, *33*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1152/physiol.2017.33.1.1>

Reilly, J., Zingales, V., Motta, A., & De Luca, C. J. (2018). Effect of rest periods in the steady-state response of oxygen and carbon dioxide transport. *Journal of Applied Physiology*, *124*(1), 112-121. <https://doi.org/10.1152/jap.2017.124.1.112>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>

Smith, T. P., Smith, H., & Smith, T. V. (2018). *A História da Medicina em Portugal*. São Paulo: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.07.001>



APÊNDICE II

SESSÃO DE FORMAÇÃO - CONTEXTO COMUNITÁRIO: PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Avaliação da Deglutição: Cuidados de Enfermagem à pessoa com alterações na deglutição no domicílio

Contextualização

A disfagia, definida como a dificuldade na formação, transporte ou propulsão do bolo alimentar da boca até o estômago, é uma condição frequentemente subdiagnosticada e subvalorizada, com elevada prevalência entre pessoas idosas, doentes neurológicos e indivíduos em reabilitação (Bleeckx, Postiaux & Reyckel, 2004; Cichero et al., 2017; Clavé & Shaker, 2015; Le et al., 2023). Em contexto domiciliário, estas alterações apresentam desafios acrescidos, devido à limitação de recursos técnicos e à necessidade de uma abordagem centrada na pessoa, na sua funcionalidade e no ambiente familiar.

Estima-se que cerca de 15% da população idosa que vive na comunidade possa apresentar algum grau de disfagia, aumentando para mais de 50% em doentes com AVC ou doenças neurodegenerativas (Cichero et al., 2017). Esta condição está associada a complicações graves, como desnutrição, desidratação, pneumonia por aspiração e diminuição da qualidade de vida (Clavé & Shaker, 2015), sendo por isso essencial a sua deteção precoce e um acompanhamento adequado por profissionais capacitados.

No contexto dos cuidados domiciliários, o papel do enfermeiro é fundamental na avaliação clínica da deglutição, na monitorização dos sinais de risco e na implementação de estratégias adaptadas às necessidades individuais. A utilização de instrumentos simples e válidos, como o GUSS ou o V-VST, permite rastrear precocemente dificuldades de deglutição, orientando intervenções que garantam segurança alimentar e previnam complicações respiratórias (Trapl et al., 2007; Clavé et al., 2008; Ferreira et al., 2018; Moreira et al., 2021).

Assim, esta formação em serviço visa responder à crescente necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem na área de avaliação e gestão da disfagia em contexto domiciliário, promovendo uma prática clínica segura, baseada na evidência e orientada para os princípios da reabilitação e da humanização dos cuidados.

Objetivos

- Compreender os conceitos fundamentais de deglutição;
- Reconhecer sinais e sintomas de disfagia;

- Conhecer os métodos de avaliação da disfagia;
- Desenvolver competências práticas na avaliação clínica;
- Interpretar os resultados da avaliação para planeamento da intervenção;

Materiais e métodos

Método expositivo e prático

Computador

Projektor

Apresentação Power-Point

Espresso Goma Xantana

Água

Copo

Guia de Apoio à Avaliação da Deglutição para Enfermeiros da ECCI

Participantes/População-alvo

Enfermeiros e Enfermeiros especialista da [REDACTED]

Duração

30 minutos

Data

10 de julho de 2025

Fernador: EMER Tiago Branco

Orientador no local de estágio: EBER Vera Basilio

Orientador ESSATLA: Professor Doutor Luis Sousa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blecko, D., Postaux, G., & Reycheit, H. (2004). *Disfagia - Evaluación y Reeducación De Los Trastornos De La Deglución*. McGraw-Hill/Interamericana de España.

Cichers, J. A. Y., Lam, P., Steels, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. D., Duivestijn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, I., & Staeschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI

- Framework. *Dysphagia*, 32(2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y/FIGURES/0>
- Cichero, J. A. Y. (2004). Conditions commonly associated with dysphagia. In J. O. Cichero & B. E. Murdoch (Eds.) *Dysphagia: foundation, theory and practice* (pp. 237–268). John Wiley and Sons.
- Clavé, P., Arceola, V., Roussa, M., Medina, I., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27(6), 806–815. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>
- Clavé, P., & Shaker, R. (2015). Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 11(5), 259–279. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>
- Ferreira, A., Piedevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018). The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Fisiologia e Referencia*, 11(10), 85–94. <https://doi.org/10.12707/riv17090>
- Moreira, A., Neves, H., Lucas, N., Silva, R. A., & Galante, S. (2021). Programa para a reeducação da função alimentícia. In O. Ribeiro (Ed.), *Exercícios de Reabilitação: Conceitos e Práticas* (pp. 550–563). LIDEL.
- Trapl, M., Enderle, F., Nowling, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Braunig, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Le, K. H. N., Low, E. L., & Yadlapati, R. (2023). Evaluation of Esophageal Dysphagia in Elderly Patients. *Current Gastroenterology Reports*, 25(7), 146–159. <https://doi.org/10.1007/s11894-023-00876-7>

APÊNDICE III

SESSÃO DE FORMAÇÃO - CONTEXTO COMUNITÁRIO: QUESTIONARIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO					
Ação de formação: Avaliação da Degradação: Cuidados de Enfermagem à pessoa com alterações na deglutição no domicílio					
Local: ULS Algarve – UCC Olibar +			Data: 10 de julho de 2025		
Formador: EMER Tiago Branco			Orientador: EFER Vera Brasília		
Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 5 (assinale com X) sendo que:					
1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Nem concordo, nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente					
	1	2	3	4	5
I – AVALIAÇÃO GLOBAL					
1 – Os objetivos da formação foram claros					
2 – Os conteúdos foram adequados aos objetivos					
3 – A duração da ação/formação foi adequada					
4 – A documentação da ação foi suficiente					
5 – A experiência prática foi adequada aos conteúdos abordados					
II – AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO					
6 – Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos					
7 – Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções					
8 – Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional					
III – AVALIAÇÃO DO FORMADOR					
9 – O formador resolveu durante o encontro					
10 – A metodologia utilizada foi adequada					
11 – A exposição foi narrativa, foi clara					
IV – SUGESTÕES DE MELHORIA					

Muito obrigado pela participação!

APÊNDICE IV

GUIA DE APOIO À AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO PARA ENFERMEIROS DA ECCI

APÊNDICE V

SESSÃO DE FORMAÇÃO - CONTEXTO HOSPITALAR



AGENDA

- Objetivos da sessão
- O que são LMERT?
- Riscos na Mobilização de Clientes
- O que é Ergonomia?
- Princípios Básicos
- Parte Prática

OBJETIVOS DA SESSÃO

- Capacitar os TIS/AD para aplicar técnicas corretas, seguras e ergonomicamente adequadas de posicionamento, mobilização e transferência de clientes, promovendo a segurança do profissional e do cliente e a prevenção de LMERT.
- Compreender os princípios básicos da ergonomia aplicada aos cuidados de saúde e os principais fatores de risco associados às LMERT.
- Identificar as posturas e movimentos incorretos mais comuns durante o manuseamento de clientes.
- Aplicar, na prática, as técnicas corretas de posicionamento, mobilização e transferência, utilizando o corpo de forma segura e eficiente.
- Utilizar adequadamente os equipamentos de apoio e ajudas técnicas disponíveis (Devador).
- Promover uma cultura de segurança e prevenção no ambiente de trabalho, partilhando boas práticas com a equipa.



O QUE SÃO LMERT?

Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho

- Atingem músculos, tendões, articulações e coluna
- Muito frequentes em profissionais de saúde
- Associadas a movimentos incorretos e esforços excessivos

LMERT - SINAIS E SINTOMAS



O QUE É ERGONOMIA?

- Reduz o esforço físico
- Aumenta a segurança do cliente e do profissional
- Melhora posturas
- Ajustar o trabalho à pessoa

A ergonomia é particularmente relevante no ambiente hospitalar porque:

- É uma parte do ambiente de trabalho físico
- É uma disciplina multidisciplinar
- Trabalha com vários parâmetros (postura, iluminação, ruído, vibração, etc.)
- Estuda ferramentas de trabalho e equipamentos
- Se dedica a melhorar o trabalho de quem vive e trabalha ali

PRINCÍPIOS DE MECÂNICA CORPORAL



AJUDAS TÉCNICAS



TÉCNICAS DE POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

PARTE PRÁTICA

POSICIONAMENTO NA CAMA



MOBILIZAÇÃO NA CAMA



POSICIONAMENTO NO CADEIRÃO/ CADEIRA DE RODAS



TRANSFERÊNCIA DA CAMA PARA O CADEIRÃO/ CADEIRA DE RODAS



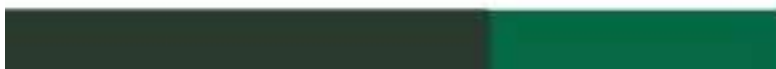
TRANSFERÊNCIA DA CAMA PARA A MACA



TRANSFERÊNCIA COM ELEVADOR



OUTROS CASOS ESPECÍFICOS



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Escolha Múltipla

Qual das seguintes opções representa um princípio básico de argumental?

A. Reduzir o tempo para otimizar o tempo mais disponível

B. Manter a ciência a frente de cada sessão

C. Reduzir os julgamentos em vez dos fatos 

D. Seguir o cliente apenas pelo tempo

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Verdadeiro ou Falso

As Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LER/RET) afetam principalmente mãos, braços e articulações e podem ser agravadas pelas tarefas de reabilitação.


Verdadeiro 

Falso

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Escolha Múltipla

Quando deve ser utilizado o guia de apoio profissional durante uma mobilização?

- A. Apenas quando o cliente pesa mais de 30 kg
- B. Sempre que o cliente tem mobilidade reduziada ou incapacitação em um membro 
- C. Apenas quando o cliente não opera com o seu membro
- D. Apenas quando o cliente tem mobilidade

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Verdadeiro ou Falso

Verdadeiro ou Falso

O cliente deve ser mantido casualmente longe do campo de atuação do profissional para permitir uma melhor amplitude de movimento.

Verdadeiro

Falso 

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Escolha Múltipla

Qual destas afirmações está correta relativamente ao posicionamento seguro no cadeira?

A. O pé de utente devem ficar suspensos para facilitar a circulação

B. O tronco deve estar inclinado para trás para maior conforto

C. Não é necessário verificar a água sanitária

D. A área e as juntas devem ficar aproximadamente a 90°, com os pés bem apoiados no chão



BIBLIOGRAFIA

- AIMT. (2008). *Classe 20: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões musculares/estafilocas na prestação de cuidados de saúde. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho*. <https://osha.europa.eu/pt/publications/food-20-patient-handling-techniques-prevent-muscle-health-care>
- ANA. (2021). *Safe Patient Handling and Mobility (SPHM) A Process to Protect Health Care Workers and Patients*. Association of Safe Patient Handling Professionals. https://oshp.org/wp-content/uploads/2024/02/Safe_Patient_Handling_and_Mobility_WhitePaper-Final.pdf
- Almeida, E., Gasão, L., Escaroturo Leite, F., & Geremias, F. (2019). Caracterização de UMU em Ambiente Operacional de um Serviço de Apoio Hospitalar Saúde & Trabalho, 11, 39-44. https://www.researchgate.net/publication/33275396_caracterizacao_de_umu_em_ambiente_operacional_de_um_servico_de_apoio_hospitalar
- Apóstolo, S. F. F. (2022). *Explorando o dor oculto: um olhar mais atento sobre lesões musculoesqueléticas entre os enfermeiros (desafios de trabalho em enfermagem de reabilitação)*. Mestrado em Saúde da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/20.500.11860/1804>
- ASPH. (2022). *Safe Patient Handling and Mobility (SPHM) Education in Health Care Student Curriculum: the association of safe patient handling professionals, inc*. <https://oshp.org/wp-content/uploads/2022/03/SPHM-Curriculum-White-Paper-March-2022.pdf>
- Bernades, J. M., Spivezza Lopes, M., Gómez-Salgado, J., Ruiz-Fuertes, C., García-Navarro, E. B., & Diaz, A. (2022). The impact of manual patient handling on work ability: A cross-sectional study in a Spanish hospital. *Nursing Open*, 9(3), 2304-2313. <https://doi.org/10.1093/nop/naab222>
- Bruce, M. A. Gardner, D. (1990). *Manual Handling injuries in health care workers*. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 1(2), 209-221. <https://doi.org/10.1080/10803548.2000.1078483>
- Wardle, A., Sappalar, E., & Szostak, S. (2012). Assessment of the impact of lifting device use on low back pain and musculoskeletal injury claims among nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(7), 496-497. <https://doi.org/10.1093/oxford/oi.f012>
- Correia, M. J. A., Estrela, R. F. V., Carneiro, L. N. M. C. do V. de, Lopes, T. M. E., & Braga, E. J. V. de A. (2009). *Os desafios de Ecos Físicos: Clima e Pessoa com alterações do modo de posicionamento, transferência e traço de deslocação, origem da enfermagem*. https://www.unfeneferm.com.pt/arquivo/publicacoes/documentos/ocpe_Mobilidade_VI_site.pdf

BIBLIOGRAFIA

- Castro, A., Duarte, H., Pereira, S., Proença, A., Santos, E., & Ventura, M. (2024). Incidência de síndrome de musculoesquelética em profissionais de saúde num serviço de urgência em Portugal: Estudo longitudinal. *Revista de Enfermagem Referência*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.18748/16473298>
- Chiu, Z. L., & Hershew, J. L. (2018). Solutions for Nursing Home Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders. *Occupational Safety and Health Administration*. https://www.osha.gov/etdc/document/etdcpublications/etdc_oh_20180101.pdf
- Chivukula, M., Makris, V., Bennis, J. M., Munderloh, N., & Mithras, M. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among registered general nurses: a case of a large tertiary hospital in Victoria, *Trials*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1042-4>
- Costello, A., Antunes, C., Antunes, A., Santos, E., & Costa, M. (2019). Trabalho musculoesquelético em enfermagem: prevalência e fatores determinantes. *REVISTA DE ENFERMAGEM*, 32(1), 53-60. <http://doi.org/10.4040/rev.v32n01.53-60>
- de Almeida, E., Siqueira, L., & Corrêa, N. (2013). The economics of patient safety: Part II: safety in the workplace. *IOE, OIEO Health Nursing Focus*, Vol. 1(2). <https://doi.org/10.1016/j.ioe.2013.06.001>
- Stegem, M., Abet, M., Inaki, M., Sines, M., Kusterhelfer, G., Durr, R. N., Abu-Badi, H., & Poth, S. E. (2020). Work environment-related factors and nurse health outcomes: a cross-sectional study in German hospitals. *Work*, 65(2), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13632539.2020.1804254>
- EU Framework Directive 1989, *Pub. L. No. 107/1989* (2012). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:31989L0107>
- Galvão, E., Chelva, P. K., Eklund, M., & Orsted, T. G. (2024). Investigating the Risk of Patient Strain Working Using the Movement Analysis Method among Hospital Nurses in Norway. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 390. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040390>
- Guan, H. D., Wu, N. T., Xiang, F. T., Qiang, H. L., He, Hui, F., Hong, M. M., & Zhou, S. M. (2018). Musculoskeletal Disorders: Prevalence and Associated Factors among Clinical Hospital Nurses in Hefei, Anhui. *Work*, 60(4), 1-8. <https://doi.org/10.1080/13632539.2018.1482684>
- National Nurses Association. (2020). Safe Patient Handling and Mobility Toolkit. Massachusetts Association. <https://www.massnaa.org/files/Assets/2020/02/2020SafePatientHandlingToolKit02022020.pdf>

BIBLIOGRAFIA

- Olivera, D. R. H. (2019). Lesões músculo-esqueléticas como causa de absenteísmo nos profissionais de saúde [tese de mestrado em saúde ocupacional]. Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/31214>
- Santos, E. C., dos, Andrade, R. C., Lopes, S. B. S., & Valgas, C. (2017). Prevalence of musculoskeletal pain in nursing professionals working in a hospital setting. *Revista Dor*, 8(14). <https://doi.org/10.4308/16083100810014>
- Wu, V. M. L., & Leite, K. V. (2024). Risco de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em enfermagem de um hospital de cuidados continuados integrados. *OTSCA - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 5, 77-94.
- Viz, L., Freitas, M., & Reis, H. V. (2020). OMT: Fatores e fatores laborais em Ambiente Operacional de um Serviço de Internamento Hospitalar. *CIQSIS - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 1, 122-145. https://www.ciqsis.net/pt/pt/otm/2020/01/CIQSIS_Hediga_e_Artigos_122-145_Ave_Artigos_Operacional_de_um_Servico_de_Internamento_Hospitalar

ESSATLA
REABILITAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Estratégia de Reabilitação na Comunidade

Ergonomia e Segurança no Cuidar
Técnicas de Mobilização de Clientes para Assistentes Operacionais

Formação em Serviço

MUITO OBRIGADO
Questões?

Obrigado!
Doutoranda:
Tatiana Raquel Mendes do Espírito Santo
Enfermeira de Reabilitação
Hospital de Reabilitação
de Curitiba (HRC)
40000-000
Fed. Estadual do Paraná

APÊNDICE VI

SESSÃO DE FORMAÇÃO - CONTEXTO HOSPITALAR: PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Ergonomia e Segurança no Cuidar - Técnicas de Mobilização de Clientes para Assistentes Operacionais

Contextualização

A mobilização de clientes é uma das tarefas mais frequentes nos serviços de saúde e, simultaneamente, uma das mais exigentes fisicamente para os Assistentes Operacionais. A execução inadequada destas atividades, como o posicionamento, a mudança de decúbito, o transporte e as transferências entre superfícies, está associada a um elevado risco de desenvolvimento de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), afetando não só a saúde e bem-estar do profissional, mas também a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Massachusetts Nurses Association, 2021; Bernardes et al., 2022; Beuwick & Gardner, 2000; Chao & Henshaw, 2009; Oliveira, 2018).

A evidência científica recente confirma que profissionais envolvidos em tarefas de mobilização, incluindo Assistentes Operacionais, apresentam taxas significativas de dor lombar, lesões nos ombros, fadiga física e limitação funcional, sendo estas lesões responsáveis por absentismo, rotatividade de pessoal, diminuição de produtividade e impacto negativo na segurança do cliente (Almeida et al., 2012; Burdorf et al., 2013; Castanheira et al., 2024; Chiwaridzo et al., 2018; Cordeiro et al., 2016; Kzakge et al., 2024; Luan et al., 2018; Magalhães et al., 2021; Oliveira, 2018; Santos et al., 2017).

Paralelamente, recomendações nacionais e internacionais, como as da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, a Organização Mundial da Saúde, o NIOSH e o Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros, sublinham a importância de aplicar princípios de ergonomia, de utilizar ajudas técnicas e de promover formação regular sobre técnicas corretas de mobilização (AESST, 2008; Carinhas et al., 2013; AIHA, 2024; ASPHP, 2023).

Neste contexto, torna-se essencial capacitar os Assistentes Operacionais para a adoção de práticas seguras, eficazes e padronizadas. A formação “Ergonomia e Segurança no Cuidar – Técnicas de Mobilização de Clientes para Assistentes Operacionais” surge como resposta à necessidade de reduzir o risco de LMERT, melhorar a segurança do cliente e reforçar o papel fundamental destes profissionais no circuito dos cuidados.

A sessão integrará uma componente teórica, focada em ergonomia, princípios fundamentais de segurança e reconhecimento de riscos, e uma componente prática,

dedicada à demonstração e treino de técnicas de posicionamento e transferência com e sem ajudas técnicas. Pretende-se que os participantes adquiram competências que lhes permitam executar as suas funções de forma mais segura, consciente e eficiente, contribuindo para a promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Objetivos

- Capacitar os auxiliares de saúde para aplicar técnicas corretas, seguras e ergonomicamente adequadas de posicionamento, mobilização e transferência de clientes, promovendo a segurança do profissional e do cliente e a prevenção de lesões músculo-esqueléticas no contexto de trabalho
- Compreender os princípios básicos da ergonomia aplicada aos cuidados de saúde e os principais fatores de risco associados às lesões músculo-esqueléticas.
- Identificar as posturas e movimentos incorretos mais comuns durante o manuseamento de doentes.
- Aplicar, na prática, as técnicas corretas de posicionamento, mobilização e transferência, utilizando o corpo de forma segura e eficiente.
- Utilizar adequadamente os equipamentos de apoio e ajudas técnicas disponíveis (lençóis de transferência, elevadores, pranchas, etc.).
- Promover uma cultura de segurança e prevenção no ambiente de trabalho, partilhando boas práticas com a equipa.

Materiais e métodos

- Método expositivo e prático
- Computador
- Projetor
- Apresentação PowerPoint
- Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes
- Cama e colchão
- Cadeira de Rodas
- Lençóis
- Elevador
- Lona de transferência

Participantes/População-alvo

Técnicos Auxiliares de Saúde e Assistentes Operacionais da Medicina – Piso 8

Duração

10 min de método expositivo
40 minutos de método prático
10 minutos de esclarecimento de dúvidas

Data

27 de novembro de 2025

Formador: EMER Tiago Branco

Orientador no local de estágio: EEER Ana Rodrigues

Orientador ESSATLA: Professor Doutor Luis Sousa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESST. (2008). E-fact 28: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-fact-28-patient-handling-techniques-prevent-msds-health-care>
- AIHA. (2024). Safe Patient Handling and Mobility (SPHM) A Process to Protect Health Care Workers and Recipients. Association of Safe Patient Handling Professionals. https://asphp.org/wp-content/uploads/2024/12/Safe_Patient_Handling_and_Mobility_WhitePaper-Final.pdf
- Almeida, C., Galaio, L., Sacadura-Leite, E., & Serranheira, F. (2012). Caraterização de LMELT em Assistentes Operacionais de um Serviço de apoio Hospitalar. Saúde & Trabalho, 8, 131–144. https://www.researchgate.net/publication/232175391_Caraterizacao_de_LMELT_e_m_Assistentes_Operacionais_de_um_Servico_de_apoio_Hospitalar
- Apolinário, S. P. F. (2023). Explorando a dor oculta: um olhar mais atento sobre lesões musculoesqueléticas entre os enfermeiros [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/3824>
- ASPHP. (2023). Safe Patient Handling and Mobility (SPHM) Education in Health Care Student Curriculum. The Association of Safe Patient Handling Professionals, Inc.

<https://asphp.org/wp-content/uploads/2023/03/SPHM-Curriculum-White-Paper-March-2023.pdf>

- Bernardes, J. M., Sprösser, Alonso, M., Gómez-Salgado, J., Ruiz-Frutos, C., Garcia-Navarro, E. B., & Dias, A. (2022). The impact of manual patient handling on work ability: A cross-sectional study in a Brazilian hospital. *Nursing Open*, 9(5), 2304–2313. <https://doi.org/10.1002/nop2.1228>
- Bewick, N., & Gardner, D. (2000). Manual Handling Injuries in Health Care Workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 6(2), 209–221. <https://doi.org/10.1080/10803548.2000.11076452>
- Burdorf, A., Koppelaar, E., & Eranoff, B. (2013). Assessment of the impact of lifting device use on low back pain and musculoskeletal injury claims among nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(7), 491–497. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-101210>
- Carinhas, M. J. A., Eusébio, A. P. V., Carvalho, L. N. M. C. do V. de, Lopes, T. M. C., & Braga, R. J. V. de A. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Castanheira, J., Duarte, H., Pereira, A., Pragosa, Â., Santos, E., & Ventura, M. (2024). Incidência de sintomatologia musculoesquelética em profissionais de saúde num serviço de urgência em Portugal: Estudo correlacional. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(N.º 3). <https://doi.org/10.12707/RVI23.149.33958>
- Chao, E. L., & Henshaw, J. L. (2009). Guidelines for Nursing Homes Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders. *Occupational Safety and Health Administration*. https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/final_nh_guidelines.pdf
- Chiwaridzo, M., Makotora, V., Dambi, J. M., Munambah, N., & Mhlanga, M. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among registered general nurses: a case of a large central hospital in Harare, Zimbabwe. *BMC Research Notes*, 11(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3412-8>
- Cordeiro, A., Albuquerque, C., Andrade, A., Martins, R., & Cunha, M. (2016). Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros: prevalência e fatores determinantes. *REVISTA SERVIR*, 59(4), 63–68. <https://doi.org/10.48492/servir024.24031>
- de Bienassis, K., Sławomirski, L., & Klazinga, N. (2021). The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace (130; OECD Health Working Papers, Vol. 130). <https://doi.org/10.1787/b25b8c39-en>

- Elbejjani, M., Abed Al Ahad, M., Simon, M., Ausserhofer, D., Dumit, N., Abu-Saad, Huijer, H., & Dhaini, S. R. (2020). Work environment-related factors and nurses' health outcomes: a cross-sectional study in Lebanese hospitals. *BMC Nursing*, 19(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00485-z>
- ISO Technical Report 12296, Pub. L. No. ISO/TR 12296 (2012). www.opencitylimited.com
- Kgakga, K., Chelule, P. K., Kahere, M., & Ginindza, T. G. (2024). Investigating the Risk of Patient Manual Handling Using the Movement and Assistance of Hospital Patients Method among Hospital Nurses in Botswana. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 399. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040399>
- Luan, H. D., Hai, N. T., Xanh, P. T., Giang, H. T., Van Thuc, P., Hong, N. M., & Khue, P. M. (2018). Musculoskeletal Disorders: Prevalence and Associated Factors among District Hospital Nurses in Hainhong, Vietnam. *BioMed Research International*, 2018(1), 1–9. <https://doi.org/10.1155/2018/3162564>
- Massachusetts Nurses Association. (2021). Safe Patient Handling and Mobility Toolkit. Massachusetts Nurses Association. https://www.massnurses.org/files/file/Safe%20Patient%20Handling%20booklet%202021%20EV%20color.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Oliveira, D. R. M. (2018). Lesões músculo-esqueléticas como causa de absentismo nos profissionais de saúde [Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional, Universidade de Coimbra]. <https://hdl.handle.net/10316/82174>
- Santos, E. C. dos, Andrade, R. D., Lopes, S. G. R., & Valgas, C. (2017). Prevalence of musculoskeletal pain in nursing professionals working in orthopedic setting. *Revista Dor*, 18(4). <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170119>
- Silva, V. M. L. da, & Neto, H. V. (2020). Risco de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em enfermeiros de uma equipa de cuidados continuados integrados. *CESQUA - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 3, 39–64.
- Vaz, I., Freitas, M., & Neto, H. V. (2021). LMERT, Fadiga e Stresse Laboral em Assistentes Operacionais de um Serviço de Internamento Hospitalar. *CESQUA - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 4, 122–145. https://www.researchgate.net/publication/359237833_LMERT_Fadiga_e_Stresse_Laboral_em_Assistentes_Operacionais_de_um_Servico_de_Internamento_Hospitalar

APÊNDICE VII

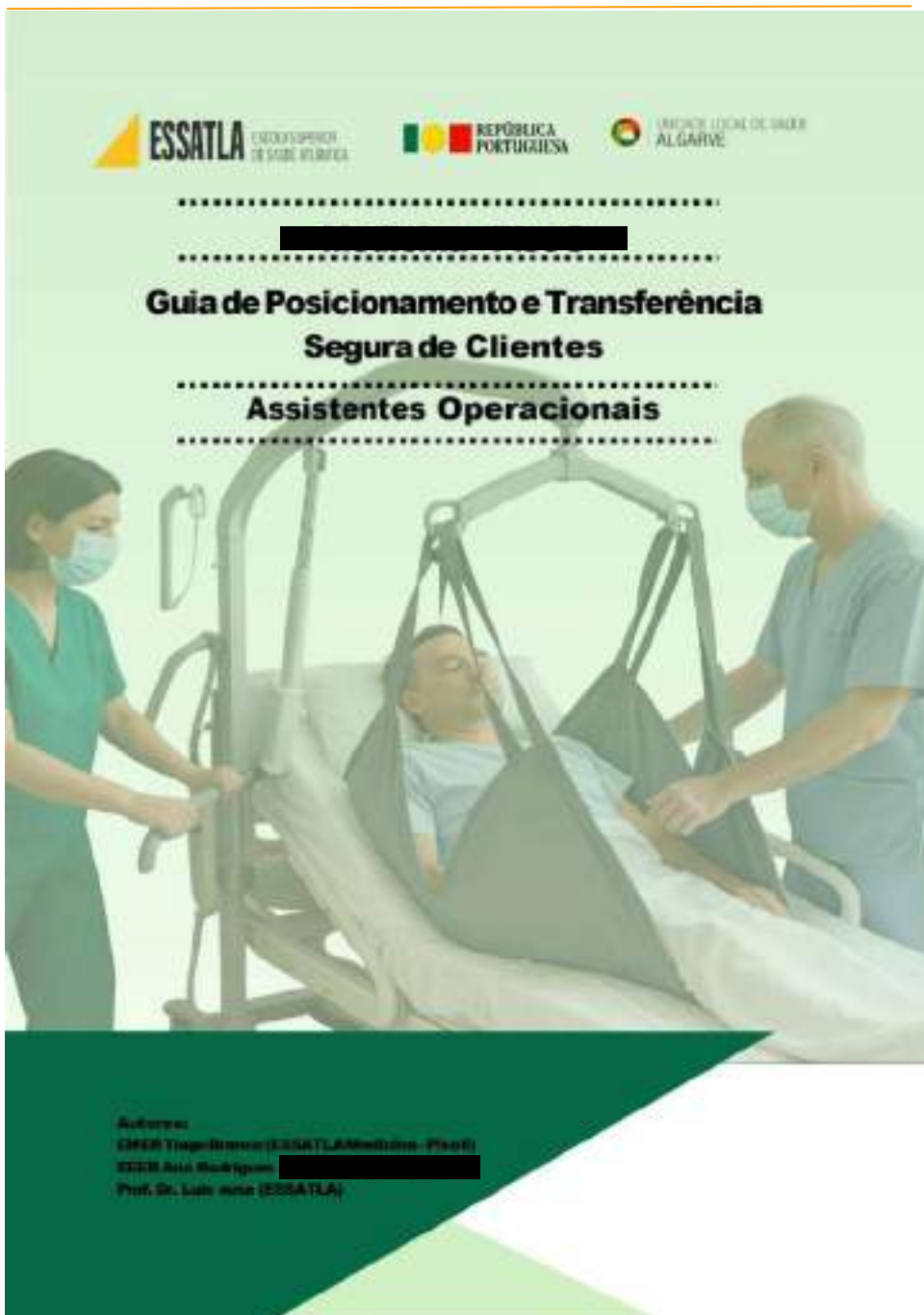
SESSÃO DE FORMAÇÃO - CONTEXTO HOSPITALAR: QUESTIONARIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO					
Ação de formação: Ergonomia e Segurança no Cuidar - Técnicas de Mobilização de Clientes para Assistentes Operacionais					
Local: ULS Algarve - [REDACTED]			Data: 27 de novembro de 2025		
Formador: EMER Tiago Branco			Orientador: EEER Ana Rodrigues		
Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização da escala de 1 a 5 (assinale com X) sendo que: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Nem concordo, nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Totalmente					
	1	2	3	4	5
I - AVALIAÇÃO GLOBAL					
1 - Os objetivos da formação fossem claros					
2 - Os conteúdos foram adequados aos objetivos					
3 - A duração da ação-formação foi adequada					
4 - A documentação da ação foi suficiente					
5 - A experiência prática foi adequada aos conteúdos abordados					
II - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO					
6 - Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos					
7 - Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções					
8 - Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional					
III - AVALIAÇÃO DO FORMADOR					
9 - O formador revelou dominar o assunto					
10 - A metodologia utilizada foi adequada					
11 - A exposição dos assuntos foi clara					
IV - SUGESTÕES DE MELHORIA					

APÊNDICE VIII

GUIA DE POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA SEGURA DE CLIENTES



Página em Branco

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Físio 8, ULS Algarve – Fam

FICHA TÉCNICA

Título: Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais

Grupo de trabalho:

Tiago Alexandre Filipe Branco (Estudante de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde Atlântica, Lisboa)

Ana Sofia Marques Rodrigues (Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ULS Algarve - [REDACTED])

Luis Manuel de Mota Sousa (Professor Doutor, Escola Superior de Saúde Atlântica, Lisboa)

Local:

ULS Algarve - [REDACTED]

Data:

Elaboração – 20 de novembro de 2025

Revisão – 24 de novembro de 2025

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Físio 8, ULS Alameda – Físio

ABREVIATURAS

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

AIHA – American Industrial Hygiene Association

AO – Assistentes Operacionais

ASPHP – Association of Safe Patient Handling Professionals

LMERT – Lesão Músculo-esquelética Relacionada ao Trabalho

TAS – Técnicas Auxiliares de Saúde

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Pão de Açúcar, ULS Algarve – Faro

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO 2 – LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO	6
Causas e Mecanismos de Lesão	8
Sinais e Sintomas	9
Impacto das LMEET	10
Relevância da Prevenção	11
CAPÍTULO 3 – PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA E POSTURA SEGURA	12
Conceito de Ergonomia	13
Mecânica Corporal Correta	14
Preparação do Espaço	15
Comunicação e Trabalho em Equipa	15
Boas Práticas Posturais	16
CAPÍTULO 4 – TÉCNICAS DE POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA	17
Princípios Gerais	17
Técnicas de Posicionamento.....	19
Técnicas de Transferência	25
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES	30
BIBLIOGRAFIA	31

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

O presente Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes foi desenvolvido com o objetivo de apoiar os Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS)/Assistentes Operacionais (AO) na realização das suas atividades diárias relacionadas com a mobilização, higiene e conforto dos clientes. Estas tarefas, essenciais para o bem-estar e segurança do cliente cuidado, exigem não apenas técnica e cuidado, mas também uma compreensão clara da importância da postura corporal, da ergonomia e da proteção da saúde do próprio profissional.

A mobilização de clientes é uma prática comum no quotidiano dos serviços de saúde, mas envolve riscos significativos quando realizada de forma inadequada (Massachusetts Nurses Association, 2021). Movimentos bruscos, posturas incorretas, esforços excessivos ou a ausência de ajudas técnicas podem resultar em desconforto, inatendimento e risco de queda para o cliente, ao mesmo tempo que aumentam a probabilidade de ocorrência de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) nos profissionais de saúde (Massachusetts Nurses Association, 2021). Estas lesões são uma das principais causas de incapacidade, absentismo e presentismo no setor da saúde e têm impacto direto na qualidade dos cuidados prestados (Sousa et al., 2025).

O presentismo ocorre quando os trabalhadores estão fisicamente no trabalho, mas com desempenho menor, ou quando continuam a trabalhar mesmo tendo problemas de saúde que exigiram descanso e afastamento para uma recuperação adequada (Mohammad et al., 2021; Shen et al., 2021; Sousa et al., 2025).

A utilização de técnicas seguras e ergonomicamente adequadas é, por isso, fundamental. A evidência científica demonstra que a implementação de métodos adequados de levantamento e posicionamento contribui de forma significativa para a redução das lesões relacionadas com o trabalho e dos custos associados à compensação dos trabalhadores. Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2008), estas medidas não só diminuem o risco de acidentes e problemas musculoesqueléticos, como também promovem benefícios adicionais para as instituições, incluindo a redução da rotatividade de pessoal, do absentismo e dos

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Físio 8, ULS Alameda – Fisi

custos administrativos e de formação. A melhoria das práticas de mobilização traduz-se ainda em maior produtividade e numa maior satisfação dos funcionários, criando um ambiente de trabalho mais seguro, colaborativo e eficiente (AESST, 2008).

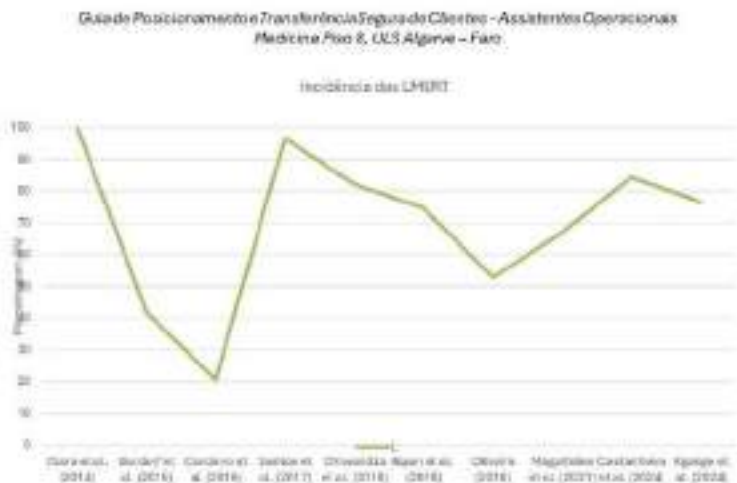
Os TAS/AO desempenham um papel fundamental no apoio direto ao cliente e, como tal, é essencial que conheçam e adotem técnicas corretas de posicionamento e transferência, bem como o uso adequado das ajudas técnicas disponíveis. Este guia pretende ser um recurso simples, prático e acessível que reúne orientações essenciais para promover a segurança, proteger a integridade física dos profissionais e garantir o conforto e a dignidade do cliente. Ao incorporar práticas seguras e consistentes, cada profissional contribui para uma equipa mais forte, um ambiente mais saudável e cuidados de maior qualidade.

Para a elaboração deste guia, foi realizada uma revisão da literatura mais recente sobre a temática da mobilização e posicionamento seguro de clientes, com o objetivo de identificar as evidências científicas mais atualizadas e as práticas recomendadas no contexto dos cuidados de saúde. Esta revisão integrou estudos nacionais e internacionais publicados nos últimos anos, bem como as orientações e guias/lnes atualmente em vigor, emitidas por entidades de referência na área da segurança ocupacional e da ergonomia. A análise destas fontes permitiu estruturar um documento rigoroso, fundamentado e alinhado com as melhores práticas reconhecidas, garantindo a sua relevância e aplicabilidade no trabalho diário dos TAS/AO.

CAPÍTULO 2

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO

As LMERT constituem um dos problemas de saúde ocupacional mais frequentes entre os profissionais de saúde. A nível nacional e internacional, diversos estudos têm demonstrado que os enfermeiros, os TÁS/AO representam um dos grupos profissionais mais afetados por este tipo de lesões, em particular devido às tarefas de mobilização, levantamento e posicionamento de clientes (Bernardes et al., 2022; Bewick & Gardner, 2000; Chao & Henshaw, 2009; Oliveira, 2018). Segundo Elbejani et al. (2020), os enfermeiros são a classe profissional mais suscetível ao desenvolvimento de problemas músculo-esqueléticos, realidade que se estende também aos profissionais que desempenham funções de apoio direto ao cliente. Do mesmo modo, a literatura evidencia uma prevalência elevada de LMERT entre TÁS/AO, com comprometimento frequente de várias regiões corporais, sobretudo a coluna vertebral (Chikaridzo et al., 2018). Segundo a literatura a prevalência de LMERT tem variado entre os 20 a 100% nos últimos anos (Almeida et al., 2012; Burdorf et al., 2013; Castanheira et al., 2024; Chikaridzo et al., 2018; Cordeiro et al., 2016; Kigakge et al., 2024; Luan et al., 2018; Magalhães et al., 2021; Oliveira, 2018; Santos et al., 2017). A análise da incidência de LMERT baseia-se em dados provenientes de diferentes estudos realizados em contextos distintos, com amostras variadas e envolvendo vários grupos de profissionais de saúde. Por este motivo, os resultados apresentados podem refletir especificidades associadas ao tipo de serviço, às funções desempenhadas e às condições organizacionais de cada investigação. Ainda assim, de forma consistente, estes estudos evidenciam a elevada frequência de LMERT no setor da saúde, reforçando a importância da adoção de práticas seguras de mobilização e posicionamento.



A relevância das LMERT ultrapassa a dimensão individual, representando o problema de saúde relacionado com o trabalho mais comum na União Europeia. Os distúrbios músculo-esqueléticos afetam trabalhadores de todos os setores e acarretam custos elevados para as instituições e para a sociedade. Como afirmado pela AESST, além de afetarem a saúde, funcionalidade e qualidade de vida dos trabalhadores, contribuem para absentismo e presentismo, rotatividade de pessoal, diminuição de produtividade e aumento dos custos administrativos (2008).

As lesões músculo-esqueléticas englobam alterações, disfunções ou lesões em estruturas como músculos, tendões, articulações, ligamentos, nervos, cartilagem, ossos e estruturas da coluna vertebral. Quando estas lesões são causadas ou agravadas pelas exigências do trabalho, nomeadamente pelo esforço físico, posturas incorretas, repetição de movimentos ou condições ambientais adversas, são classificadas como LMERT.

Organismos internacionais como a American Industrial Hygiene Association (AIHA, 2024) e a Association of Safe Patient Handling Professionals (ASPHP, 2023) definem as LMERT como lesões dos tecidos moles (músculos, tendões, ligamentos, nervos, discos intervertebrais) nas quais:

- o ambiente de trabalho **contribui significativamente** para o surgimento da condição, e/ou

- a condição é **agravada ou prolongada** pelas tarefas realizadas no trabalho.

As LMERT podem desenvolver-se progressivamente ao longo do tempo, devido a movimentos repetidos e esforços acumulados. No entanto, também podem ocorrer de forma aguda, como consequência de um acidente de trabalho ou de uma mobilização realizada com técnica inadequada (AIHA, 2024; ASPHP, 2023).

Causas e Mecanismos de Lesão

A principal causa das LMERT entre profissionais de saúde está diretamente relacionada com as tarefas de **mobilização de clientes**, nomeadamente o levantar, a transferência e o posicionamento. Estas atividades exigem esforço físico significativo e podem expor o trabalhador a múltiplos fatores de risco (AESST, 2008). Os fatores de risco são:

Riscos associados à tarefa

- **Força**: necessidade de levantar, empurrar, puxar ou sustentar o peso do cliente ou de equipamentos.
- **Repetição**: realização das mesmas manobras repetidamente durante o turno.
- **Posturas incorretas**: inclinar-se sobre camas, ajoelhar, trabalhar com a coluna rodada, alcançar objetos distantes ou operar em espaços reduzidos.

Riscos associados ao cliente

Os clientes apresentam características que tornam a sua mobilização mais imprevisível e difícil do que a manipulação de objetos inanimados:

- não podem ser mantidos junto ao corpo como cargas comuns;
- não possuem pegas naturais;
- podem mover-se inesperadamente durante a transferência;
- apresentam diferentes dimensões corporais e níveis de mobilidade.

Estas particularidades aumentam a exigência física e o risco de lesão.

Riscos associados ao ambiente

- risco de escorregar, tropeçar ou cair;
- camas e superfícies de trabalho desniveladas ou mal ajustadas;
- espaços reduzidos, muitas vezes com equipamentos ou mobiliário no percurso;
- falta de espaço para adotar postura correta.

Outros fatores de risco

- ausência de ajuda disponível;
- utilização de equipamento inadequado ou inexistente;
- calçado ou vestuário impróprios para a tarefa;
- falta de formação adequada sobre técnicas seguras.

Divisão de Fisioterapia e Transição à Segurança Clínica – Acidentes Operacionais –
Medicina Físio 8, ULS Algarve – Faro

{AESST, 2008; ASPHP, 2023; Bewick & Gardner, 2000; Silira & Neto, 2020}

Sinais e Sintomas

As lesões dorso-lombar, as lesões do pescoço e as lesões nos ombros são as mais comuns e preocupantes entre os profissionais de saúde (AESST, 2008; Almeida et al., 2012; Apolinário, 2023; Castanheira et al., 2024; Cordeiro et al., 2018; Luan et al., 2018; Santos et al., 2017; Vaz et al., 2021).

Os sintomas podem ser:



{AIHA, 2024; ASPHP, 2023}

Segundo alguns estudos recentes, as incidências da sintomatologia músculo-esquelética mais frequente entre os profissionais de saúde apresentam uma distribuição característica, que se encontra representada no gráfico seguinte.



Reconhecer sinais precoces é fundamental para impedir a evolução para quadros crónicos.

Impacto das LMERT

As LMERT têm um impacto significativo na saúde física e mental dos profissionais, mas também no funcionamento das equipas e das instituições.

Quando um trabalhador desenvolve uma LMERT:

- aumenta o risco de lesões médicas,
- ocorrem alterações na organização da equipa,
- verifica-se sobrecarga dos restantes profissionais, o que pode, por sua vez, gerar novas lesões (Luan et al., 2018; Vaz et al., 2021).

Além disso, os trabalhadores com LMERT têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental ou de agravar condições pré-existentes, devido à dor, fadiga, stress e à exigência física e emocional associada ao trabalho (de Benaiss et al., 2021).

Para as instituições, o impacto das LMERT traduz-se em:

- redução da produtividade pelo presentismo,
- absentismo elevado,
- rotatividade de pessoal,
- custos de compensação,

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais:
Medicina Físio 8, ULS Aljeve – Físio

- aumento das necessidades de formação (AIPA, 2024; ASPHP, 2023; Sousa et al., 2025).

Como referido pela AESST (2008), estes fatores representam não apenas um problema de saúde pública, mas também um importante desafio económico e organizacional.

Relevância da Prevenção

A elevada prevalência de LMERT e o impacto que estas acarretam tornam essencial a adoção de estratégias preventivas baseadas em:

- formação contínua,
- utilização de ajudas técnicas,
- melhoria das condições ergonómicas,
- implementação de técnicas corretas de mobilização,
- trabalho em equipa e comunicação eficaz (AESST, 2008).

De acordo com Oliveira (2018), a prevenção das LMERT tem efeito direto na produtividade, na qualidade de vida no trabalho e na redução das incapacidades.

Para os TAS/AO, dominar técnicas seguras de posicionamento e transferência não é apenas uma questão de eficácia: é uma necessidade vital para proteger a sua saúde e garantir a segurança e o conforto do cliente.

CAPÍTULO 3

PRINCÍPIOS DE ERGONOMIA E POSTURA SEGURA

A ergonomia aplica-se ao modo como o trabalho é organizado e executado, de forma a reduzir o esforço físico, prevenir lesões músculo-esqueléticas e aumentar a eficiência e segurança tanto dos TAF/AD como do cliente. O respeito por princípios ergonómicos fundamentais permite que as tarefas de posicionamento, mobilização e transferência sejam realizadas com menor desgaste, mais conforto e menor risco de lesão.

Neste capítulo apresentam-se os princípios essenciais que orientam uma postura segura e a utilização correta do corpo durante as atividades de mobilização de clientes.

A ergonomia é particularmente relevante no ambiente hospitalar porque:

- Grande parte das tarefas exige esforço físico
- O trabalho inclui movimentos repetitivos
- Os clientes apresentam características imprevisíveis (peso, colaboração, dimensões corporais)
- Existem limitações de espaço e equipamentos
- As tarefas são frequentemente realizadas em ritmo acelerado

(AESST, 2006; AIHA, 2024; ASPHP, 2023; ISO Technical Report 12296, 2012; Massachusetts Nurses Association, 2021)

Ao aplicar princípios ergonómicos reduz-se a pressão exercida sobre a coluna, articulações e músculos, diminui o risco de LMBRT, aumenta a eficácia e segurança das manobras e garante-se maior conforto e segurança ao cliente.

Guia de Posicionamento Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Pão de Açúcar – U.E.S. Algarve – Faro

Princípios Fundamentais de Mecânica Corporal



A coluna deve permanecer alinhada numa posição neutra, evitando curvar ou rodar o tronco. O alinhamento protege os discos vertebrais e evita tensões desnecessárias.

Sempre que for necessário baixar-se, deve-se flexir os joelhos, mantendo a coluna direita. Esta técnica distribui o esforço pelos músculos das pernas, que são mais fortes que os músculos lombares.



Quanto mais longe estiver o peso do corpo do profissional, maior será a força necessária e, consequentemente, o risco de lesão. Aproximar o peso ao corpo reduz o impacto na coluna.

Os pés devem estar afastados à largura dos ombros para aumentar o equilíbrio. Uma base mais larga permite movimentos mais seguros e com menor esforço.



Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Físio, ULS Algarve – Faro



Nunca rodar o tronco para mudar de direção. Deve-se mover os pés, girando o corpo inteiro. As torções são uma das principais causas de lesões lombares.

Sempre que possível, empurrar ou deslizar em vez de puxar ou levantar. Utilizar o peso do corpo permite reduzir a força necessária para iniciar e manter o movimento.



(AIHA, 2024; ASPHP, 2023; Carinhas et al., 2013; ISO Technical Report 12296, 2012)

Preparação do Ambiente de Trabalho

Antes de iniciar uma manobra de mobilização ou posicionamento, o ambiente deve ser organizado de modo a permitir uma execução segura.

- **Ajustar a altura da cama**

A cama deve estar aproximadamente ao nível da cintura do profissional. Cama demasiado baixa obriga a movimentos de flexão lombar prejudiciais.

- **Travar rodas**

Camas, cadeiras de rodas e macas devem ser sempre travadas antes de iniciar qualquer movimento.

- **Remover obstáculos**

Deslocar mesas, suportes de soro, cadeiras e outros materiais que impeçam a mobilidade segura no espaço.

- **Garantir área suficiente para a manobra**

Espaços pequenos dificultam a execução correta da técnica e aumentam o risco de torção ou queda.

(AIHA, 2024; ASPHP, 2023)

Guia de Posicionamento Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Pós B, UES Algarve – Faro

Comunicação e Trabalho em Equipe

A comunicação é um elemento central da ergonomia, pois permite coordenar movimentos e reduzir esforços.

Comunicar com o cliente

Mesmo quando apresenta mobilidade reduzida ou incapacidade de resposta, o cliente deve ser informado sobre o que vai acontecer. Isso facilita a colaboração possível e evita movimentos inesperados.

Trabalhar em dupla sempre que necessário

Muitas manobras exigem dois profissionais. A coordenação deve ser feita através de comandos verbais simples:

"Vamos posicionar... No três: 1, 2, 3."

Ouvir a equipa de enfermagem

Os Assistentes Operacionais realizam mobilizações sob orientação dos enfermeiros, que avaliam o estado do cliente e definem a técnica mais adequada.

Ajudas Técnicas e Ergonomia

O uso de dispositivos de apoio é um dos pilares essenciais da ergonomia aplicada aos cuidados de saúde. A utilização de ajudas técnicas:



[AESST, 2008; AIHA, 2024; ASPHP, 2023; Carinhas et al., 2013]

Guia de Posicionamento Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Pão de Açúcar, UES Algarve – Faro

Exemplos:



(AESST, 2008; AHA, 2024; ASPHP, 2023; Carrões et al., 2013)

O uso sistemático destes dispositivos é recomendado pelas principais entidades internacionais de segurança no trabalho.

Boas Práticas Posturais



(AESST, 2008; AHA, 2024; ASPHP, 2023; Magalhães et al., 2021)

CAPÍTULO 4

TÉCNICAS DE POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

A realização de técnicas corretas de posicionamento é essencial para promover o conforto, a segurança e a dignidade do cliente, ao mesmo tempo que protege a saúde musculoesquelética dos TÁS/ÃO. Neste capítulo, apresentam-se as principais técnicas utilizadas nos cuidados de saúde, descritas de forma clara, prática e sequencial, para facilitar a sua aplicação no dia-a-dia. Estas técnicas devem ser sempre executadas sob orientação da equipa de enfermagem e seguindo os princípios de ergonomia, comunicação e trabalho em equipa previamente abordados. A uniformização das práticas contribui para reduzir o risco de lesões, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e garantir uma mobilização mais segura e confortável para todos os envolvidos.

Princípios Gerais

Os princípios gerais de mobilização constituem a base para qualquer técnica de posicionamento ou transferência. Antes de iniciar qualquer manobra, é fundamental garantir que o ambiente está preparado, que a postura corporal do profissional é segura e que existe uma comunicação clara com o cliente e com a equipa de saúde. Estes princípios ajudam a reduzir o esforço físico desnecessário, aumentam a estabilidade e promovem a segurança durante todo o processo de mobilização. Ao dominar estes fundamentos, os TÁS/ÃO conseguem realizar as intervenções de forma mais eficaz, minimizando riscos e assegurando o conforto do cliente. Qualquer tipo de operação de mobilização, mesmo com recurso a meios auxiliares de mobilização de clientes, envolve vários princípios básicos:

1. Pedir ajuda sempre que necessário	Sempre que o cliente estiver muito limitado ou não consegue colaborar, a mobilização deve ser feita por dois profissionais, no mínimo. Quando possível, deve-se usar um lençol por baixo do cliente, e idealmente meios auxiliares, como lençóis deslizantes, que facilitam o movimento e reduzem o
---	---

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Piso 8, U.S.S. Algarve – Faro

	esforço físico.
2. Colocar-se o mais próximo possível do cliente	Antes de começar qualquer mobilização, o Assistente Operacional deve aproximar-se bem do cliente, ajustando a posição e, se necessário, apoiando o joelho na cama. Assim evita-se inclinar o tronco, estender demasiado os braços ou trabalhar com a coluna dobrada, diminuindo o risco de lesões.
3. Explicar o que vai ser feito e incentivar a colaboração	Antes de qualquer movimento, deve-se explicar ao cliente o que vai acontecer e pedir que ajude dentro das suas capacidades. Manter contacto verbal e visual é essencial. Mesmo um pequeno movimento feito pelo cliente já facilita muito o trabalho e melhora o seu tônus muscular. O profissional apenas orienta e complementa o movimento.
4. Manter uma postura correta durante toda a operação	Para começar a mobilização ou transferência, o TAG/AO deve manter os pés afastados e colocar um deles mais à frente , garantindo uma base de apoio estável. O esforço deve ser feito principalmente com os músculos das pernas e ancas , dobrando e estendendo os joelhos lentamente, evitando movimentos bruscos. A coluna deve permanecer na sua posição natural, evitando inclinações excessivas ou torções. Sempre que possível, o profissional deve adoptar a sua posição ao movimento, usando o peso do corpo para facilitar a tarefa e manter o alinhamento corporal.
5. Utilizar uma pega segura e correta	Nunca se deve segurar o cliente apenas com as pontas dos dedos. A pega deve ser feita com a mão inteira , apoiando em zonas seguras, como a cintura ,

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Piso 8, U.S.S. Algarve – Faro

	<p>a bacia ou as omoplatas.</p> <p>Não se deve agarrar o cliente pelos braços ou pernas, pois isso pode causar lesões.</p> <p>Se necessário, pode-se segurar na roupa (como as calças do pijama), embora o ideal seja sempre utilizar ajudas técnicas próprias para a tarefa.</p>
E. Utilizar calçado e vestuário adequados	<p>É fundamental usar calçado antiderrapante para evitar escorregões.</p> <p>A roupa deve permitir movimentos livres, sem apertar ou limitar a mobilidade do TAS/AO.</p>

(AESST, 2008; Carinhas et al., 2013)

Técnicas de Posicionamento

As técnicas de posicionamento têm como objetivo ajustar ou manter a posição do cliente na cama ou na cadeira, promovendo conforto, prevenindo complicações e garantindo uma postura adequada (Carinhas et al., 2013). Para muitos clientes com mobilidade reduzida, a mudança de posição é essencial para evitar complicações e melhorar a qualidade de vida. Este subcapítulo apresenta, de forma clara e prática, as principais técnicas utilizadas no contexto clínico, incluindo mudanças de decúbito, reposicionamento no leito e utilização de apoios (Carinhas et al., 2013). A aplicação correta destas técnicas é fundamental para evitar esforços excessivos e garantir a segurança tanto do cliente como do profissional.

Posicionamento na cama

As técnicas de posicionamento têm como objetivo garantir o conforto, segurança e bem-estar corporal do cliente, prevenir complicações associadas à imobilidade e facilitar a execução de cuidados. Para os TAS/AO, estas técnicas devem ser realizadas sempre sob orientação da equipa de enfermagem, respeitando princípios ergonómicos que protegem tanto o cliente como o próprio profissional (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013; ISO Technical Report 12296, 2012).

Os diferentes tipos de posicionamento têm como objetivo promover o conforto, a segurança e o bem-estar do cliente, prevenindo complicações como úlceras de pressão,

*Guia de Posicionamento e Transição Segura do Cliente – Acidentes Operacionais
Núcleo de Apoio à ULS Algarve – Faro*

rigidez articular ou dificuldades respiratórias (Figura 1). Cada posição tem uma função específica e deve ser utilizada de acordo com as necessidades do cliente e com as indicações da equipa de enfermagem. Para os TAS/AO, é importante conhecer as posições mais comuns e compreender a finalidade de cada uma, para que possam colaborar de forma segura e eficaz nas atividades de mobilização e cuidados no leito. As imagens seguintes apresentam os tipos de posicionamento mais utilizados, facilitando a identificação visual e a aplicação prática de cada um na dia a dia.



Figura 1. Tipos de posicionamento na cama. Fonte: Carlinas et al. (2013).

Durante qualquer técnica de mobilização ou posicionamento, o TAS/AO deve manter uma boa postura: coluna alinhada, ligeira flexão do tronco (até cerca de 10°), joelhos flexíveis e utilização dos músculos das pernas em vez dos músculos das costas/lombares como indica a Figura 2. Esta postura reduz o esforço físico e diminui o risco de

Guia de Posicionamento Transfêrência Segura de Clientes – Assistência Operacional
Medicina Plota 8, ULS Algarve – Faro

lesões músculo-esqueléticas (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).



Figura 3. Técnicas de Mobilização no cama. Fonte: Carinhas et al. (2013)

Sempre que possível, a mobilização do cliente no leito deve ser realizada **por dois profissionais**, em movimentos coordenados e sincronizados. A utilização do resguardo (lençol colocado sob o cliente) facilita o movimento e permite uma preensão firme, garantindo maior segurança e menor esforço físico. O resguardo deve ser enrolado junto ao corpo para melhorar o controlo da mobilização e evitar puxões bruscos (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

Com o auxílio do resguardo, é possível mover a pessoa para cima, para baixo ou lateralmente no leito.

Quando **não é possível usar auxiliares**, devem ser respeitadas disposições específicas:

- **Movimentar lateralmente (direita/esquerda):**
Os **dois profissionais** devem posicionar-se **do lado para onde o cliente vai ser mobilizado**.
- **Movimentar para cima ou para baixo no leito:**
Os profissionais devem posicionar-se **um de cada lado da cama**, garantindo equilíbrio e distribuição do esforço (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

Guia de Posicionamentos Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Pão de Açúcar | UES Algarve – Faro

Na ausência de reaguando, o corpo do cliente deve ser deslizado, nunca levantado. Para isso, utilizam-se os antebraços colocados sob o corpo do cliente, nos seguintes locais:

- **Zona dos ombros (cintura escapular):** Coloca o teu antebraço por baixo da parte de cima das costas, e apoia a mão no ombro do lado contrário ao teu – Isto dá firmeza e evita puxões bruscos.
- **Meio das costas (região dorsal):** Coloca os braços por baixo das costas, entre os ombros e a lombar – Ajuda a deslizar o tronco sem fazer força na coluna.
- **Zona da bacia (cintura pélvica):** Apoia os braços por baixo da bacia, mais ou menos ao nível da parte baixa das costas – Esta zona é forte e permite segurar sem magoar a pessoa.
- **Parte de trás dos joelhos (cavado poplíteo):** Coloca uma mão por baixo dos joelhos quando for preciso ajustar as pernas ou ajudar a pessoa a subir na cama – Ajuda a controlar as pernas e facilita o movimento (AESST, 2006; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

Todos os movimentos devem ser executados em bloco, mantendo o alinhamento corporal do cliente. A coordenação entre os dois profissionais é fundamental: antes de iniciar o movimento, ambos devem combinar quem dará a ordem (AESST, 2006; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013). Esta sincronização é essencial para otimizar a técnica, reduzir o esforço físico e aumentar a segurança.

O Assistente Operacional deve sempre comunicar com o cliente durante todo o procedimento, explicando o que está a ser feito e incentivando a colaboração possível. A comunicação contínua reduz ansiedade, melhora a cooperação e contribui para movimentos mais fluidos e seguros (AESST, 2006; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

Posicionamento na cadeira de rodas/Cadeira

O posicionamento correto do cliente na cadeira ou cadeirão é essencial para garantir conforto, segurança e para prevenir quedas (AESST, 2006; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013). Uma má posição pode causar dor, deslizamento, má circulação e maior risco de acidente (AESST, 2006; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013). Abaixo apresentamos orientações simples e práticas que os TASI/DO podem seguir, de acordo com o grau de dependência do cliente e com o equipamento disponível.

Quando a pessoa tem **alguma autonomia e consegue ajudar**, o reposicionamento

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Piso 8, U.S. Algarve – Faro

é mais fácil e seguro. O TAS/AO pode seguir estes passos (Figura 3):



Figura 3. Técnicas de Mobilização no cadeirão com cliente que ajuda. Fonte: Carrinhas et al., (2013).

1. **Explicar** à pessoa o que vai ser feito, usando palavras simples e pedindo colaboração.
2. **Aproximar** os pés do cliente do cadeirão, para lhe dar mais apoio e estabilidade.
3. Pedir que incline o tronco para a frente, o que facilita o ajuste da posição.
4. **Ajudar** a elevar ligeiramente o tronco e voltar a sentar, garantindo que:
 - a zona atrás dos joelhos (região poplítea) fica bem apoiada e próxima do encosto do assento,
 - os joelhos e as ancas formam um ângulo de 90°.
 - as costas ficam apoiadas no encosto.
5. Sempre que disponível, usar o **cinto de marcha ou outros dispositivos de apoio**, que tornam o procedimento mais seguro para a pessoa e para o profissional (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carrinhas et al., 2013).

Para pessoas **muito dependentes**, que não conseguem ajudar nos movimentos, o reposicionamento **deve** ser feito com ainda mais cuidado (AESST, 2008; AIHA, 2024;

Divisão de Fisioterapia e Transição Segura de Clientes – Acidentes Operacionais
Medicina Físio 8, ULS Algarve – Faro

Carinhas et al., 2013). Nessas situações: **Sempre que possível, usar o elevador de transferência!**

É o método mais seguro para:

- proteger a pessoa,
- evitar esforço excessivo do profissional,
- garantir um bom reposicionamento (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

O uso do elevador evita levantar pesos e reduz o risco de cair ou escorregar da cadeira (Carinhas et al., 2013). **Quando não há elevador** e a pessoa permite mobilização manual, o reposicionamento deve ser feito manualmente idealmente por **dois profissionais**, utilizando o resguardo:

1. Os dois profissionais colocam-se **um de cada lado da cadeira**, virados um para o outro (Figura 4).
2. O resguardo é enrolado firmemente e segurado com uma mão perto dos **ombros** do cliente e a outra **atrás dos joelhos (cavado poplíteo)**.
3. Primeiro, **elevam os membros inferiores**, ajudando a evitar escorregamentos.
4. Com os membros inferiores elevados, **puxam o resguardo na zona dos ombros**, movendo a pessoa ligeiramente para cima no assento.
5. Ajustam a posição final, garantindo:
 - apoio lombar,
 - anca e joelhos em cerca de 90°.
 - conforto e segurança (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Pao 8, ULS Algarve – Faro



Figura 4. Técnicas de Mobilização no cadeirão com cliente totalmente dependente. Fonte: Carinhas et al. (2013).

Técnicas de Transferência

As técnicas de transferência envolvem o movimento do cliente de uma superfície para outra, como da cama para a cadeira, da cadeira para a maca ou do sentado para o de pé (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013). Estas manobras requerem atenção à postura, coordenação entre profissionais e, sempre que possível, o uso de ajudas técnicas para reduzir o esforço físico (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013). Transferências mal executadas podem resultar em quedas, dor, desconforto ou lesões para o cliente e para o TAS/AO. Este subcapítulo descreve as técnicas mais comuns de forma simples, segura e adaptada ao dia-a-dia do trabalho, permitindo que os profissionais executem estas tarefas com confiança e segurança (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

As transferências permitem ajudar o cliente a passar de uma superfície para outra, como por exemplo, da cama para a cadeira de rodas, da cama para o cadeirão (Figura 5) ou da cama para a maca (Figura 6). Estas manobras exigem cuidado, organização e boa comunicação entre os profissionais. O TAS/AO tem um papel importante nestas

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Físio, UCS Algarve – Faro

processos, sempre seguindo as orientações do enfermeiro e respeitando as capacidades e limitações de cada cliente.



Figura 5. Técnicas de transferência da cama para o cadeirão/cadeira de rodas. Fonte: Carlinhas et al. (2013).

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais –
Medicina Físio 4, ILS Algarve – Faro



Figura 6. Técnicas de Transferência de cama para a cadeira com transfer. Fonte: Carinhas et al., (2013).

Antes de começar a transferência, o TAS/AO deve preparar o espaço. Isto inclui verificar se a cama e a cadeira estão travadas, se não há objetos a atrapalhar e se todo o material necessário está por perto (como o cinto de marcha, prancha de transferência, tapete deslizante ou o elevador) (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013). É fundamental explicar à pessoa o que vai ser feito e pedir a sua colaboração, sempre que possível (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

Dificuldade Praticamente e Transferência Segura de Clientes – Assistência Operacional
Medicina Piso 8, ULS Algarve – Faro



Figura 7. Técnicas de Transferência de cama para o cadeirão/cadeira de rodas com elevador.

Fonte: Carinhas et al. (2013).

Durante a transferência, deve-se privilegiar o uso de ajudas técnicas e evitar levantar o cliente manualmente (Figura 7). O TAS/AC deve ajudar a posicionar o cliente de forma segura, garantindo que mantém uma postura correta, sem torções, e que os

Divisão Fisioterapia e Transferência Segura de Clientes – Accidental e Operacional
Medicina Físio 8, ULS Algarve – Faro

movimentos são feitos com calma, suavidade e coordenação (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013). Ao trabalhar com outro profissional, a transferência deve ser feita de forma sincronizada, usando contagem para garantir que ambos levantam e movimentam no mesmo momento (AESST, 2008; AIHA, 2024; Carinhas et al., 2013).

Depois da transferência, é importante confirmar que o cliente ficou bem sentado, com a coluna direita, os pés apoiados e os apoios ajustados (por exemplo, pedais da cadeira de rodas, apoio lombar ou cinto, se necessário). Qualquer dificuldade, alteração no estado do cliente ou problema durante a manobra deve ser comunicado ao enfermeiro.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO

A segurança no posicionamento, mobilização e transferência de clientes é um elemento essencial na qualidade dos cuidados de saúde e na proteção dos profissionais. Ao longo deste guia foram apresentados princípios fundamentais de ergonomia, técnicas seguras e estratégias práticas que ajudam a reduzir o esforço físico, prevenir lesões músculo-esqueléticas e promover um ambiente de trabalho mais eficiente e seguro.

Os TASIAO desempenham um papel central na rotina diária dos serviços de saúde, colaborando diretamente no bem-estar, conforto e segurança do cliente cuidado. A adoção de técnicas corretas, o uso adequado de ajudas técnicas e o trabalho coordenado com a equipa contribuem não só para melhores cuidados ao cliente, mas também para a proteção da saúde e longevidade profissional de cada trabalhador.

A melhoria contínua depende da prática regular, da comunicação entre colegas e da atualização permanente de conhecimentos. Por isso, este guia deve ser visto como um apoio prático, simples e acessível, que orienta a execução das tarefas e reforça a importância da segurança em cada gesto.

Ao aplicar estas boas práticas no dia-a-dia, cada profissional contribui para um ambiente de trabalho mais saudável, organizado e seguro, garantindo cuidados mais humanizados, eficazes e dignos para todos os clientes.

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais –
Medicina Físio 4, ILS Algarve – Faro

BIBLIOGRAFIA

- AESST. (2008). *E-fact 28: Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde*. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. <https://ceha.europa.eu/pt/publications/e-fact-28-patient-handling-techniques-prevent-msds-health-care>
- AHHA. (2024). *Safe Patient Handling and Mobility (SPHM) A Process to Protect Health Care Workers and Recipients*. Association of Safe Patient Handling Professionals. https://asphp.org/wp-content/uploads/2024/12/Safe_Patient_Handling_and_Mobility_WhitePaper-Final.pdf
- Almeida, C., Galvão, L., Sacadura-Leite, E., & Serranheira, F. (2012). Caracterização de LMELT em Assistentes Operacionais de um Serviço de apoio Hospitalar. *Saúde & Trabalho*, 8, 131-144. https://www.researchgate.net/publication/232175391_Caracterizacao_de_LMELT_e_m_Assistentes_Operacionais_de_um_Servico_de_apoio_Hospitalar
- Apolinário, S. P. F. (2013). *Explorando a dor oculta: um olhar mais atento sobre lesões musculoesqueléticas entre os enfermeiros* [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/3824>
- ASPHP. (2023). *Safe Patient Handling and Mobility (SPHM) Education in Health Care Student Curriculum*. The Association of Safe Patient Handling Professionals, Inc. <https://asphp.org/wp-content/uploads/2023/03/SPHM-Curriculum-White-Paper-March-2023.pdf>
- Bernardes, J. M., Sprösser Alonso, M., Gómez-Salgado, I., Ruiz-Frutos, C., García-Navarro, E. B., & Dias, A. (2022). The impact of manual patient handling on work ability: A cross-sectional study in a Brazilian hospital. *Nursing Open*, 9(5), 2306-2313. <https://doi.org/10.1002/nop2.1228>
- Bewick, N., & Gardner, D. (2000). Manual Handling Injuries in Health Care Workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 6(2), 209-221. <https://doi.org/10.1080/10803548.2000.11076452>
- Burdorf, A., Koppelsaer, E., & Evanoff, B. (2013). Assessment of the impact of lifting device

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais –
Medicina Físio (US Algarve – Faro)

- use on low back pain and musculoskeletal injury claims among nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(7), 481–487. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-101210>
- Carinhas, M. J. A., Eusébio, A. P. V., Carvalho, L. N. M. C. do V. de, Lopes, T. M. C., & Braga, R. J. V. de A. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações de mobilidade - posicionamentos, transferências e meio de deambulação. Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivos/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf
- Castanheira, J., Duarte, H., Pereira, A., Fragosa, Á., Santos, E., & Ventura, M. (2024). Incidência de sintomatologia musculoesquelética em profissionais de saúde num serviço de urgência em Portugal: Estudo correlacional. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série (N.º 3). <https://doi.org/10.12707/RV123.149.33958>
- Chao, E. L., & Henshaw, J. L. (2003). *Guidelines for Nursing Homes Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders*. Occupational Safety and Health Administration. https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/final_nh_guidelines.pdf
- Chiwandzo, M., Makotore, V., Dambi, J. M., Munambani, N., & Mhlanga, M. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among registered general nurses: a case of a large central hospital in Harare, Zimbabwe. *BMC Research Notes*, 11(1), 315. <https://doi.org/10.1188/s13164-018-3412-8>
- Cordeiro, A., Albuquerque, C., Andrade, A., Martins, R., & Cunha, M. (2016). Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros: prevalência e fatores determinantes. *REVISTA SERVIR*, 29(4), 63–68. <https://doi.org/10.48492/servir024.24031>
- du Bessasse, K., Stawominski, L., & Kiazitga, N. (2021). The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace (130). OECD Health Working Papers, Vol. 130). <https://doi.org/10.1787/b25b8c39-en>
- Elbejani, M., Abed Al Ahsed, M., Simon, M., Auserhofer, D., Dumit, N., Abu-Saad Hujjer, H., & Dhaini, S. R. (2020). Work environment-related factors and nurses' health outcomes: a cross-sectional study in Lebanese hospitals. *BMC Nursing*, 19(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00485-z>

Guia de Posicionamento Diferencial Seguro de Cliente – Assistentes Operacionais –
Medicina Físio 4, ULS Algarve – Faro

- ISO Technical Report 12296, Pub. L. No. ISO/TR 12296 (2012). www.opencitylimited.com
- Kgoitse, K., Cheule, P. K., Kahere, M., & Gmindza, T. G. (2024). Investigating the Risk of Patient Manual Handling Using the Movement and Assistance of Hospital Patients Method among Hospital Nurses in Botswana. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 399. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040399>
- Luan, H. D., Hai, N. T., Khanh, P. T., Giang, H. T., Van Thuc, P., Hong, N. M., & Khue, P. M. (2018). Musculoskeletal Disorders: Prevalence and Associated Factors among District Hospital Nurses in Haiphong, Vietnam. *BioMed Research International*, 2018(1), 1–9. <https://doi.org/10.1155/2018/3162564>
- Massachusetts Nurses Association. (2021). *Safe Patient Handling and Mobility Toolkit*. Massachusetts Nurses Association. <https://www.massnurses.org/files/file/Safe%20Patient%20Handling%20booklet%202021%20EV%20color.pdf>
- Mohammadi, M. M., Dehghan Nayeri, N., Varasi, S., & Rasti, A. (2021). Exploring the concept of presenteeism in nursing: A hybrid concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(3), 166–176. <https://doi.org/10.1111/2047-3096.12308>
- Oliveira, D. R. M. (2018). *Lesões músculo-esqueléticas como causa de absentismo nos profissionais de saúde [Dissertação de Mestrado em Saúde Ocupacional, Universidade de Coimbra]*. <https://hdl.handle.net/10316/82174>
- Santos, E. C. dos, Andrade, R. D., Lopes, S. G. R., & Valgas, C. (2017). Prevalence of musculoskeletal pain in nursing professionals working in orthopedic setting. *Revista Dor*, 18(4). <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170119>
- Shan, G., Wang, S., Wang, W., Guo, S., & Li, Y. (2021). Presenteeism in Nurses: Prevalence, Consequences, and Causes From the Perspectives of Nurses and Chief Nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 584040. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.584040>
- Silva, V. M. L. da, & Neto, H. V. (2020). Risco de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em enfermeiros de uma equipa de cuidados continuados integrados. *CESQUA - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 3, 39–64.
- Sousa, L., Mestre, R., Tomás, J., Severino, S., Guerra, N., & José, H. (2025). Strategies for preventing presenteeism in nursing. *Management (Montevideo)*, 3, 147.

Guia de Posicionamento e Transferência Segura de Clientes – Assistentes Operacionais
Medicina Pilo R. U.S. Algarve – Faro

<https://doi.org/10.62486/agma2025147>

Vaz, L., Freitas, M., & Neto, H. V. (2021). LMERT, Fadiga e Stresse Laboral em Assistentes Operacionais de um Serviço de Internamento Hospitalar. *CESQUA - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 4, 122-145. https://www.researchgate.net/publication/359237833_LMERT_Fadiga_e_Stresse_Laboral_em_Assistentes_Operacionais_de_um_Servico_de_Internamento_Hospitalar

APÊNDICE IX

LIVRO DE BOLSO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Escola de Força MIRC

Movimentos avaliados:

- Abdução do ombro
- Flexão do cotovelo
- Extensão do punho
- Flexão do quadril
- Extensão do joelho
- Dorsiflexão do tornozelo

Grau de força muscular

- 0 = Nenhuma contração visível
- 1 = Contração visível sem movimento do segmento
- 2 = Movimento ativo com eliminação da gravidade
- 3 = Movimento ativo contra a gravidade
- 4 = Movimento ativo contra a gravidade e resistência
- 5 = Força normal

1	Admissioner: protocolo 1/3 do curso sobre as técnicas de apoio de membros superiores
2	Admissioner: protocolo 1/3 do curso sobre as técnicas de apoio de membros inferiores
3	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
4	Admissioner: protocolo 1/3 do curso sobre as técnicas de apoio de membros superiores
5	Admissioner: protocolo 1/3 do curso sobre as técnicas de apoio de membros inferiores

MINUTARDO	SANARDO	RECOMENDAÇÕES
20	20-30 min. 1 hora com ajuda contínuamente ajudado	<ul style="list-style-type: none"> • Não usar muletas • Limitar o tempo de caminhada • Usar calçados adequados
15-18	20-30 min. 1 hora com ajuda intermitente	<ul style="list-style-type: none"> • Não usar muletas • Limitar o tempo de caminhada • Usar calçados adequados
10-14	20-30 min. 1 hora com ajuda intermitente	<ul style="list-style-type: none"> • Não usar muletas • Limitar o tempo de caminhada • Usar calçados adequados
5-9	20-30 min. 1 hora com ajuda intermitente	<ul style="list-style-type: none"> • Não usar muletas • Limitar o tempo de caminhada • Usar calçados adequados

ESCALA DE LARSON E BIRROT
Atividade Independência da Vida Diária (AVD)

ITEM	CONDIÇÕES	PONTOS
1	Independência de não se alimentar	0-10
2	Independência de não se vestir	0-10
3	Independência de não se lavar	0-10
4	Independência de não se deslocar	0-10
5	Independência de não se comunicar	0-10
6	Independência de não se administrar medicamentos	0-10
7	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
8	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
9	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
10	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
11	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
12	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
13	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
14	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
15	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
16	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
17	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
18	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
19	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
20	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
21	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
22	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
23	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
24	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
25	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
26	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
27	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
28	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
29	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
30	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
31	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
32	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
33	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
34	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
35	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
36	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
37	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
38	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
39	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
40	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
41	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
42	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
43	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
44	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
45	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
46	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
47	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
48	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
49	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10
50	Independência de não se administrar cuidados pessoais	0-10

Observações: Este teste é utilizado para avaliar a independência da vida diária (AVD) em pacientes com AVC. O teste é composto por 50 itens, cada um com uma pontuação de 0 a 10. A pontuação total varia de 0 a 500. A pontuação máxima de 500 indica que o paciente é totalmente independente em todas as atividades da vida diária. A pontuação mínima de 0 indica que o paciente precisa de ajuda em todas as atividades da vida diária.

Escala de Barthel

1. Alimentação	10
2. Vestimenta	10
3. Transferência	10
4. Baixa e alta no WC	10
5. Toilete	10
6. Bailete	10
7. Escada	10
8. Transporte	10
9. Controle de esfíncter	10
10. Controle de bexiga	10
11. Controle de intestino	10
12. Controle de sono	10
13. Controle de humor	10
14. Controle de comunicação	10
15. Controle de segurança	10
16. Controle de saúde	10
17. Controle de educação	10
18. Controle de lazer	10
19. Controle de trabalho	10
20. Controle de vida social	10
21. Controle de vida familiar	10
22. Controle de vida comunitária	10
23. Controle de vida profissional	10
24. Controle de vida espiritual	10
25. Controle de vida cultural	10
26. Controle de vida artística	10
27. Controle de vida esportiva	10
28. Controle de vida intelectual	10
29. Controle de vida emocional	10
30. Controle de vida física	10
31. Controle de vida psicológica	10
32. Controle de vida social	10
33. Controle de vida familiar	10
34. Controle de vida comunitária	10
35. Controle de vida profissional	10
36. Controle de vida espiritual	10
37. Controle de vida cultural	10
38. Controle de vida artística	10
39. Controle de vida esportiva	10
40. Controle de vida intelectual	10
41. Controle de vida emocional	10
42. Controle de vida física	10
43. Controle de vida psicológica	10
44. Controle de vida social	10
45. Controle de vida familiar	10
46. Controle de vida comunitária	10
47. Controle de vida profissional	10
48. Controle de vida espiritual	10
49. Controle de vida cultural	10
50. Controle de vida artística	10
51. Controle de vida esportiva	10
52. Controle de vida intelectual	10
53. Controle de vida emocional	10
54. Controle de vida física	10
55. Controle de vida psicológica	10
56. Controle de vida social	10
57. Controle de vida familiar	10
58. Controle de vida comunitária	10
59. Controle de vida profissional	10
60. Controle de vida espiritual	10
61. Controle de vida cultural	10
62. Controle de vida artística	10
63. Controle de vida esportiva	10
64. Controle de vida intelectual	10
65. Controle de vida emocional	10
66. Controle de vida física	10
67. Controle de vida psicológica	10
68. Controle de vida social	10
69. Controle de vida familiar	10
70. Controle de vida comunitária	10
71. Controle de vida profissional	10
72. Controle de vida espiritual	10
73. Controle de vida cultural	10
74. Controle de vida artística	10
75. Controle de vida esportiva	10
76. Controle de vida intelectual	10
77. Controle de vida emocional	10
78. Controle de vida física	10
79. Controle de vida psicológica	10
80. Controle de vida social	10
81. Controle de vida familiar	10
82. Controle de vida comunitária	10
83. Controle de vida profissional	10
84. Controle de vida espiritual	10
85. Controle de vida cultural	10
86. Controle de vida artística	10
87. Controle de vida esportiva	10
88. Controle de vida intelectual	10
89. Controle de vida emocional	10
90. Controle de vida física	10
91. Controle de vida psicológica	10
92. Controle de vida social	10
93. Controle de vida familiar	10
94. Controle de vida comunitária	10
95. Controle de vida profissional	10
96. Controle de vida espiritual	10
97. Controle de vida cultural	10
98. Controle de vida artística	10
99. Controle de vida esportiva	10
100. Controle de vida intelectual	10

APÊNDICE X

RELATO DE CASO CLÍNICO - CONTEXTO COMUNITÁRIO



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular – Estágio de Reabilitação na Comunidade

Ano Letivo 2024/2025

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alterações Neuromusculares em contexto domiciliário

Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Tiago Alexandre Filipe Branco, nº 202490076

Professor orientador:

Professor Doutor Luis Manuel Mota Sousa

Enfermeiro Supervisor:

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Vera Basílio

Barcelos, Lisboa

Junho de 2025

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular – Estágio de Reabilitação na Comunidade

Ano Letivo 2024/2025

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Alterações Neuromusculares em contexto domiciliário**

Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Tiago Alexandre Filipe Branco, nº 202490076

Professor orientador:

Professor Doutor Luís Manuel Mota Sousa

Enfermeiro Supervisor:

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Vera Bosílio

Bacarem, Lisboa

Junho de 2025

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste trabalho

Página em Branco

LISTA DE ABBREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diárias

CARE – Case Report

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

RFM – Reeducação Funcional Motora

RESUMO

Introdução: A demência constitui um dos principais desafios de saúde pública deste século, impulsionado pelo envelhecimento progressivo da população. Estima-se que, em Portugal, mais de 280 mil pessoas vivam com demência, com previsões de crescimento significativo nas próximas décadas. Esta condição neurodegenerativa, caracterizada por perdas progressivas das funções cognitivas, motoras e funcionais, conduz a elevados níveis de dependência, imobilidade e risco de complicações secundárias, como espasticidade, úlceras de pressão e disfagia. Em fases avançadas, a pessoa torna-se totalmente dependente, enfrentando alterações estruturais articulares e musculares que comprometem profundamente a sua qualidade de vida.

Objetivo: Descrever os resultados clínicos decorrentes da implementação do programa de RPM à pessoa com alterações neuromusculares, em contexto domiciliário.

Método: Estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa, tipo relato de caso clínico, de acordo com as orientações da "Case Report". Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram a goniometria, a Escala de Ashworth modificada e a Escala de Dor Algofón.

Resultados: Após seis sessões de enfermagem de reabilitação, observou-se melhoria na espasticidade, rigidez articular e dor à mobilização, além de maior capacidade do cuidador em prestar cuidados.

Conclusão: Os resultados indicam a eficácia do plano de cuidados, destacando o papel da Enfermagem de Reabilitação na promoção da funcionalidade, dignidade e conforto em ambiente domiciliário.

Palavras-chave: Espasticidade Muscular; Rigidez Muscular; Dó Equivo; Reeducação Funcional Motora; Enfermagem em Reabilitação; Relato de Casos.

ABSTRACT

Introduction: Dementia represents one of the major public health challenges of this century, driven by the progressive aging of the population. It is estimated that in Portugal, over 200,000 individuals live with dementia, with projections indicating a significant increase in the coming decades. This neurodegenerative condition, characterized by progressive loss of cognitive, motor, and functional abilities, leads to high levels of dependency, immobility, and increased risk of secondary complications such as spasticity, pressure ulcers, and dysphagia. In advanced stages, the individual becomes fully dependent, facing joint and muscular structural changes that severely compromise their quality of life.

Objective: To describe the clinical outcomes resulting from the implementation of a Motor Functional Rehabilitation (MPR) program in a person with neuromuscular alterations, in a home care setting.

Method: Descriptive study with both qualitative and quantitative approaches, based on a clinical case report, in accordance with the Case Report (CARE) guidelines. Data collection instruments included goniometry, the Modified Ashworth Scale, and the Algopsis Pain Scale.

Results: After six rehabilitation nursing sessions, improvements were observed in spasticity, joint stiffness, and pain during mobilization, as well as in the caregiver's ability to provide care.

Conclusion: The results suggest the effectiveness of the care plan, highlighting the role of Rehabilitation Nursing in promoting functionality, dignity, and comfort in the home care context.

Keywords: Muscle Spasticity; Muscle Stiffness; Equinus Foot; Motor Functional Rehabilitation; Rehabilitation Nursing; Case Reports

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. MATERIAIS E MÉTODOS	13
2. APRESENTAÇÃO DO CASO	15
2.1. Anamnese	15
2.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação	15
2.3. Diagnóstico de Enfermagem	16
3. RESULTADOS	19
4. DISCUSSÃO	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
APÊNDICES	31
APÊNDICE I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	32
APÊNDICE II - Avaliação Inicial	35
ANEXOS	41
ANEXO I - Escala de Avaliação de Dor Algofus	42
ANEXO II - Escala de Ashworth Modificada	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Plano de Cuidados da Enfermagem de Reabilitação.....	16
Tabela 2 – Avaliação da amplitude articular.....	17
Tabela 3 – Resultados obtidos na dimensão “Conhecimento” e “Capacidade” do Prestador de cuidados.....	21

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Avaliação da espasticidade	20
Gráfico 2 – Avaliação da dor	21

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade, realizado no contexto do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi proposta a elaboração de um Relato de Caso Clínico como um dos métodos de avaliação do desempenho em contexto de prática clínica. Esta abordagem visa proporcionar uma análise aprofundada de uma situação concreta de cuidados, permitindo refletir sobre a aplicação do conhecimento científico na prática assistencial especializada, com ênfase na enfermagem de reabilitação.

A demência constitui atualmente um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI, face o envelhecimento demográfico progressivo da população. Em 2019, estimava-se que cerca de 11 milhões de pessoas viviam com demência na Europa, sendo que em Portugal o número ultrapassava os 200 mil casos, com uma projeção de crescimento para aproximadamente 350 mil pessoas em 2050 (Alzheimer Europe, 2019a). Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, muitas pessoas com demência não são diagnosticadas atempadamente e, quando o diagnóstico ocorre, pode já implicar impactos significativos na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa (2018). Além disso, persistem fortes estigmas sociais e limitações no acesso a apoio especializado e recursos sociais adequados, o que compromete uma resposta efetiva e digna à pessoa com demência e à sua família (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2018, 2023).

A fisiopatologia da demência assenta em processos neurodegenerativos progressivos, que envolvem a perda de neurónios e de conexões sinápticas em áreas cerebrais fundamentais para a cognição, coordenação motora e controlo do movimento (Fox et al., 2018; Moreira, 2019). Engloba diferentes subtipos, como a Doença de Alzheimer, a Degenerescência lobar frontotemporal, a Demência por corpos de Lewy, a Demência vascular, entre outras causas como lesões cerebrais traumáticas, infeções (por exemplo Vírus da Imunodeficiência Humana), consumo de substâncias, doenças degenerativas (como Parkinson ou Huntington) e doenças raras (como a Doença de Prion) (Moreira, 2019).

A literatura evidencia que, à medida que a doença progride, ocorre uma degradação marcada das capacidades cognitivas e funcionais, evoluindo para estádios avançados em que a pessoa apresenta mutismo, perda de mobilidade, rigidez postural, dependência total nas atividades de vida diária (AVD) e elevado risco de complicações secundárias como úlceras de pressão, espasticidade, contraturas e romboesbolismo (Bracki et al., 2022; Jui et al., 2019; Moreira, 2019).

Neste estágio, a imobilidade prolongada potencia alterações musculoesqueléticas, nomeadamente espasticidade, caracterizada pelo aumento do tônus muscular, que contribui para deformidades, dor e limitação funcional, resultando num impacto negativo na qualidade de vida da pessoa (Bracki et al., 2022; Jui et al., 2019). Do ponto de vista articular, a literatura descreve alterações estruturais significativas, nomeadamente a redução da fluidez do

líquido sinovial e o crescimento do tecido fibroso e adiposo intra-articular, fatores que favorecem a formação de aderências (DeLisa & Gans, 2002). Adicionalmente, pode ocorrer desgaste da cartilagem, desorganização celular nas zonas de inserção ligamentar e espessamento da sinóvia, resultando em fibrose capsular e limitação da amplitude articular (Herbert & Xavier, 2009; Pauletti et al., 2023). A morte, nesses casos, geralmente ocorre devido a infeções ou episódios de aspiração ao longo da progressão da doença, uma vez que os distúrbios de deglutição, a desidratação e a fragilidade são frequentes nesta condição (Brucki et al., 2022; Moreira, 2019).

Neste contexto, o cuidado à pessoa com demência — independentemente da sua etiologia ou fase evolutiva — deve ser orientado por princípios de dignidade, respeito pelos valores da pessoa e da família, prevenção de complicações e fundamentação científica da intervenção, independentemente da causa da doença, face à condição socioeconómica (Brucki et al., 2022).

A Organização Mundial da Saúde, através da iniciativa *Revolutivo 2030*, salienta a importância de integrar a reabilitação como elemento central dos sistemas de saúde, promovendo a funcionalidade e qualidade de vida, e destacando o papel dos profissionais de enfermagem com especialização em reabilitação como agentes fundamentais nesse processo (Organização Mundial de Saúde, 2023).

A relevância deste relato de caso clínico advém da necessidade de evidenciar a intervenção especializada da enfermagem de reabilitação junto da pessoa com demência em fase avançada, reforçando a pertinência de uma abordagem centrada na pessoa, interdisciplinar e baseada na evidência. O aumento da prevalência desta condição, aliado à maior sobrevivência resultante dos avanços médicos, exige estratégias de intervenção adequadas ao domicílio, centradas na funcionalidade e qualidade de vida (Alzheimer Europe, 2019b; Burgdorf et al., 2025).

Neste sentido, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Quais os resultados da implementação de um programa de Reeducação Funcional Motora (RPM) no domicílio, à pessoa com demência em fase avançada?”. Com base nesta questão, foi definido o objetivo: Descrever os resultados clínicos decorrentes da implementação do programa de RPM à pessoa com alterações neuroanatómicas, em contexto domiciliário.

I. MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia adotada para a realização do presente estudo foi o Relato de Caso Clínico, uma abordagem amplamente reconhecida na investigação e produção de conhecimento científico, intencionalmente em áreas específicas como a prática clínica em enfermagem (Andrade et al., 2017). Este tipo de investigação enquadra-se nos estudos descritivos, de natureza empírica, baseando-se na observação direta, sistemática e aprofundada de um fenómeno atual insólito no seu contexto real, o que permite a compreensão detalhada das suas especificidades (Duarte et al., 2022).

Embora tradicionalmente classificado como um método qualitativo, o relato de caso pode integrar simultaneamente metodologias qualitativas e quantitativas, através da combinação de instrumentos objetivos e da análise subjetiva da experiência clínica (Silva & Mercês, 2018). A relevância dos estudos de caso na literatura científica tem sido reconhecida em diversas vertentes, incluindo o reconhecimento de doenças emergentes ou raras, a avaliação de intervenções terapêuticas, tanto na que diz respeito aos seus efeitos benéficos quanto adversos, bem como na formação de profissionais de saúde e disseminação de boas práticas clínicas (Riley et al., 2017).

O estudo de caso envolve a estruturação de um projeto de investigação, com a devida definição dos conceitos e elementos envolvidos, bem como dos instrumentos e técnicas de recolha de dados, além das abordagens específicas para a sua análise (Silva & Mercês, 2018).

O presente estudo seguiu as recomendações da Casa REpert (CARE), que orientam a estruturação, redação e transparência na apresentação de relatos de caso clínico (Gagnier et al., 2013; Riley et al., 2017). Para a elaboração e estruturação do plano de estudos, foi utilizada a CIPE, tendo como base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e a Ontologia em Enfermagem, de forma a garantir coerência terminológica, rigor técnico-científico e sistematização dos cuidados prestados.

O estudo decorreu entre os dias 21 de maio de 2025 e 13 de junho de 2025, no contexto de uma equipa de Cuidados Continuados Integrados situada na região do Algarve, em Portugal. O objeto do estudo foi designado por "Sr. H. L." com o propósito de garantir a proteção da identidade e confidencialidade dos dados. Tendo em conta que o utente se encontrava incapaz de expressar consentimento informado devido às suas competências cognitivas, o consentimento livre e esclarecido foi obtido por escrito junto da cuidadora principal (sua esposa), conforme documento incluído em Apêndice (APÊNDICE I).

A coleta de dados foi realizada através de anamnese dirigida à família, consulta de registos clínicos nos sistemas de informação em uso, nomeadamente o GestCare CCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o SClárus, bem como por avaliação física direta do utente com recurso a instrumentos validados. Os instrumentos utilizados incluíram a Goniometria (para avaliação da amplitude articular), a Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987) para avaliação de espasticidade, e a Escala Algotplus (Pickering et al., 2018) para avaliação da dor aguda em pessoas com dificuldades de comunicação verbal.



Para a análise dos resultados obtidos após a implementação do plano de cuidados, foi realizada uma revisão prévia da literatura em bases de dados científicas relevantes, com o intuito de comparar os dados empíricos deste caso com a evidência científica existente, identificando convergências e divergências com estudos semelhantes e reforçando a validade dos achados observados.

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1. Anamnesese

O presente estado descreve o caso clínico do Sr. H. L., utente do sexo masculino, com 86 anos de idade, reformado, de etnia criouana e nacionalidade portuguesa. É casado, tem dois filhos adultos e um neto, residindo com a esposa, a principal cuidadora numa habitação com boas condições de habitabilidade e higiene. No que respeita aos antecedentes pessoais, apresenta um diagnóstico de demência em fase avançada e dislipidemia, não sendo conhecidas alergias medicamentosas ou alimentares. A medicação habitual inclui Tizanidina 2 miligramas de 8 em 8 horas, Olanzapina 5 miligramas ao jantar e Quetiapina 100 miligramas em caso de insónia.

O Sr. H. L. foi admitido na Equipa de Cuidados Continuados Integrados no dia 15 de maio de 2025, com o objetivo de iniciar um programa de RFM, na sequência de alterações significativas da mobilidade. Segundo relato dos familiares, o utente era autónomo na realização das AVD até aproximadamente um ano antes da admissão, altura em que começaram a surgir limitações progressivas na mobilidade, associadas a dificuldades na deglutição e na comunicação, que foi associado ao agravamento do processo demencial. No último ano, encontrava-se acamado, com adoção de posturas viciosas e desenvolvimento de rigidez articular generalizada.

2.2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A avaliação inicial completa encontra-se descrita em apêndice (APÊNDICE II). No momento da admissão o Sr. H. L. À data da admissão, o Sr. H. L. apresentava-se vigil e nativo a estímulos visuais, dirigindo o olhar, embora não verbalizasse. De acordo com os familiares, é habitualmente pouco comunicativo, mas consegue manifestar dor e chama pela esposa.

No exame objetivo, observava-se apnéias, normocárdicas, normotensas, euglicémico, com saturações periféricas de oxigénio de 90% em ambiente e sem sinais de dificuldade respiratória. No entanto, apresentava gemidos durante a mobilização, resultando numa pontuação de 4 em 5 na escala Algofas (Anexo I), indicativa de dor aguda.

Apresentava disfagia moderada, compensada com o uso de espessante em líquidos e uma dieta de consistência pastosa, adaptada à sua capacidade de deglutição. Relativamente ao desempenho funcional, demonstrava dependência completa nas AVD, com uma pontuação de 18 pontos na Medida de Independência Funcional.

No exame musculoesquelético, observou-se uma redução significativa da amplitude articular em todos os segmentos corporais, bem como espasticidade acentuada, sobretudo no hemitopo esquerdo. A maioria dos segmentos apresentava uma pontuação de 3 na Escala de Ashworth Modificada (Anexo E), indicativa de considerável aumento do tônus muscular, onde o movimento passivo era dificultado. Devido à rigidez articular e ao grau elevado de espasticidade, não foi possível realizar uma avaliação eficaz da força muscular, do equilíbrio corporal e da coordenação motora, comprometendo a obtenção de dados quantitativos sobre estas dimensões.

2.3. Diagnóstico de Enfermagem

Como referido anteriormente, o plano de cuidados foi desenvolvido com base na CIPE, tendo como referência o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, bem como a Ontologia em Enfermagem. Esta estrutura metodológica permitiu uma abordagem sistemática, centrada na pessoa e orientada para a promoção da funcionalidade.

A definição do plano teve como ponto de partida a avaliação inicial do Sr. H. L. (Apêndice II), na qual foram identificadas as principais necessidades e limitações funcionais. Com base nessa avaliação e nos objetivos previamente negociados com a família foram estabelecidos três eixos prioritários: Espasticidade, Rigidez Articular e Pé Equino. A escolha destes eixos assentou na sua relevância clínica, no impacto sobre a funcionalidade global do utente e no potencial de reversibilidade ou controlo através da intervenção de enfermagem de reabilitação.

Para cada um destes eixos, foram elaborados os respetivos diagnósticos de enfermagem, definidas intervenções específicas e estabelecidos objetivos. Paralelamente, foram definidos os instrumentos de avaliação mais adequados para monitorizar a eficácia das intervenções ao longo do tempo. A sistematização destes elementos encontra-se organizada na seguinte tabela (Tabela 1), onde a informação está disposta por foco de atenção.

Foco	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Objetivo
Espasticidade	Espasticidade na goma/mão	<ul style="list-style-type: none"> • Exercitar técnica de exercício manual articular passivo modificada (Toda as sessões) - 1 série de 10 repetições em todos os movimentos articulares • Exercitar técnica de posicionamento em posição máxima de espasticidade (Toda as sessões) • Exercitar técnica de massagem (Toda as sessões) - Antes e após exercício músculo-articular passivo modificada • Manter/ouvir espasticidade através da Escola de Atividade modificada (1ª, 3ª e 6ª sessões) • Avaliar evolução do papel do cuidador: orientar no regime de exercícios músculo-articulares (Toda as sessões) 	Evitar agravamento da espasticidade
	Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios manual-articulares	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares (Toda as sessões) • Entrear o cuidador sobre exercícios músculo-articulares passivos (1ª sessão): <ul style="list-style-type: none"> - Treinar através de demonstração das técnicas de exercícios músculo-articulares passivos modificados ao leito - Instrução do cuidador para a realização de 1 série de 10 repetições, 2 vezes ao dia. 	Praticar papel do cuidador adepto ao regime de exercícios músculo-articulares

Tiago Alexandre Filipe Branco | Julho 2024 | Escola Superior de Saúde Atlântica



Currículo de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alterações Neurocomportamentais em contexto domiciliário | 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Rígidez articular	Rígidez articular	<ul style="list-style-type: none"> - Instrução da técnica de exercícios passivos articulares passivos realizados ao lado do leito através da observação direta do cuidador. • Treinar o cuidador a executar exercícios articulares orientados (Todas as sessões) - Treinar em técnicas de exercícios articulares passivos realizados ao lado através da repetição. 	Evitar agravamento da rigidez articular
	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar nível de posicionamento (Todas as sessões) • Monitorizar amplitude do movimento articular através de goniómetro (1ª, 3ª e 6ª sessões) • Avaliar movimento articular (1ª, 3ª e 6ª sessões) • Avaliar evolução do papel do cuidador; aceder ao regime de exercícios articulares articular (Todas as sessões) 	Prevenir o papel do cuidador de acordo ao regime de exercícios articulares
Pé equino	Risco de pé equino	<ul style="list-style-type: none"> • Manusear pé (Todas as sessões) • Posicionar pé (Todas as sessões) 	Prevenir pé equino
	Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de pé equino	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino (Todas as sessões) • Treinar prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino (1ª sessão) <ul style="list-style-type: none"> - Enfoque sobre as complicações associadas à rigidez articular - Esclarecimento de dúvidas • Providenciar material educativo (1ª sessão) 	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de pé equino, incluindo
	Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para prevenir pé equino	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir pé equino (Todas as sessões) • Treinar o prestador de cuidados a prevenir o pé equino (1ª sessão) <ul style="list-style-type: none"> - Instrução do posicionamento do pé no leito através da observação • Treinar o prestador de cuidados a prevenir o pé equino (Todas as sessões) <ul style="list-style-type: none"> - Treinar do posicionamento do pé no leito através da repetição 	Capacidade do prestador de cuidados para prevenir o pé equino, incluindo

Tabela 1 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



O principal objetivo deste plano de cuidados consistiu na prevenção de complicações associadas à imobilidade e na melhoria da mobilidade muscular e articular, de modo a facilitar o desempenho do prestador de cuidados nas AVD do Sr. H. L. Os objetivos foram definidos em estreita colaboração com a família, reconhecendo-se a importância do seu envolvimento ativo no processo de reabilitação. Este envolvimento contribuiu para uma maior adesão ao plano e para a personalização dos cuidados, respeitando as rotinas, preferências e capacidades do contexto familiar.

3. RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos com a implementação do plano de cuidados, analisados com base nos instrumentos de recolha de dados previamente selecionados. O plano de reabilitação teve uma duração total de três semanas, com uma frequência de duas sessões por semana, perfazendo um total de seis sessões. Cada sessão teve uma duração variável entre 45 minutos e 1 hora e 30 minutos, consoante a tolerância e a condição clínica do utente. Durante este período, observou-se uma adesão globalmente positiva ao plano de exercícios prescrito ao prestador de cuidados, embora tenha sido registada uma redução na frequência das sessões na última semana de intervenção, devido a motivos de saúde do próprio prestador.

As sessões foram conduzidas com base na capacidade de tolerância do Sr. H. L., tendo sido respeitados o limiar da dor, a amplitude articular disponível, bem como os planos e ritos fisiológicos de movimento. Os exercícios foram adaptados consoante a evolução do quadro clínico e a resposta do Sr. H. L. à intervenção.

Os resultados obtidos estão organizados por dimensões específicas de análise. No que respeita à rigidez articular, esta foi avaliada através da medição da amplitude articular, utilizando a goniometria como método de referência. Os dados recolhidos indicam um aumento progressivo da amplitude de movimento na maioria das articulações avaliadas, demonstrando uma aproximação aos valores de referência propostos por Marques (2014) entre a avaliação inicial e a final, conforme apresentado na seguinte tabela (Tabela 2). Importa ainda referir que, ao longo das sessões, não foi observado o aparecimento de pé equino.

Rigidez articular		Lado esquerdo			Lado direito		
Articulação	Movimento (valor de referência)	Avaliação Inicial (13/05/2025)	Avaliação Intermediária (03/06/2025)	Avaliação Final (13/06/2025)	Avaliação Inicial (13/05/2025)	Avaliação Intermediária (03/06/2025)	Avaliação Final (13/06/2025)
Punho	Flexão (90°)	50°	50°	50°	60°	90°	80°
	Extensão (70°)	0°	0°	0°	0°	0°	0°
	Desvio radial (20°)	0°	0°	0°	0°	0°	0°
	Desvio ulnar (15°)	0°	0°	0°	5°	5°	5°
Cotovelo	Flexão (145°)	145°	145°	140°	145°	145°	140°
	Extensão (0°)	60°	80°	70°	70°	90°	85°
Antebraço	Pronação (90°)	10°	30°	30°	10°	10°	10°
	Supinação (0°)	10°	30°	10°	20°	30°	20°
Ombro	Flexão (180°)	10°	30°	45°	30°	40°	55°
	Extensão (60°)	0°	0°	20°	0°	0°	10°
	Abdução (180°)	30°	30°	60°	50°	60°	70°
	Adução (90°)	15°	15°	20°	20°	30°	20°
	Rotação externa (90°)	45°	55°	70°	70°	70°	70°
	Rotação interna (50°)	10°	10°	10°	20°	30°	10°
Tórax	Flexão dorsal (20°)	0°	0°	0°	0°	0°	0°
	Flexão plantar (45°)	10°	30°	50°	10°	15°	20°
	Inclinação (40°)	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
	Exatidão (20°)	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
Joelho	Flexão (140°)	140°	140°	130°	140°	140°	140°
	Extensão (0°)	114°	70°	70°	80°	60°	50°
Quadril	Flexão (120°)	80°	80°	80°	80°	100°	100°

Tiago Alexandre Filipe Branco | Julho 2025 | Escola Superior de Saúde Atlântica

		0°	10°	20°	30°	40°	50°
Extensão (12°)	0°	30°	40°	40°	50°	50°	30°
	40°	25°	30°	30°	25°	25°	45°
Abdução (13°)	25°	15°	15°	15°	15°	15°	15°
	30°	10°	15°	20°	20°	20°	20°
Rotação interna (45°)	20°	20°	20°	30°	30°	40°	40°
	30°	25°	40°				
Flexão (50°)	30°	10°	10°				
	30°	15°	15°	10°	20°	20°	
Flexão lateral (40°)	15°	15°	15°	15°	20°	20°	

Tabela 1 – Avaliação da amplitude articular

Nas primeiras sessões, a diminuição da amplitude articular máxima revelou-se desafiante, uma vez que os segmentos articulares do Sr. H. L. apresentavam um grau elevado de espasticidade, conforme representado no Gráfico 1. Esta condição dificultava a mobilização passiva e comprometia a fiabilidade das medições obtidas. Contudo, ao longo das sessões, foi observada uma diminuição progressiva da espasticidade, o que possibilitou uma avaliação mais precisa e facilitada da mobilidade articular. Para quantificar a espasticidade de forma objetiva, foi utilizada a Escala de Ashworth Modificada (Anexo II), instrumento amplamente reconhecido e validado para este fim (Bohannon & Smith, 1987). A aplicação sistemática desta escala permitiu monitorizar com maior rigor a evolução do tônus muscular durante a implementação do plano de cuidados, contribuindo assim para uma melhor adaptação das intervenções terapêuticas ao estado clínico do Sr. H. L.

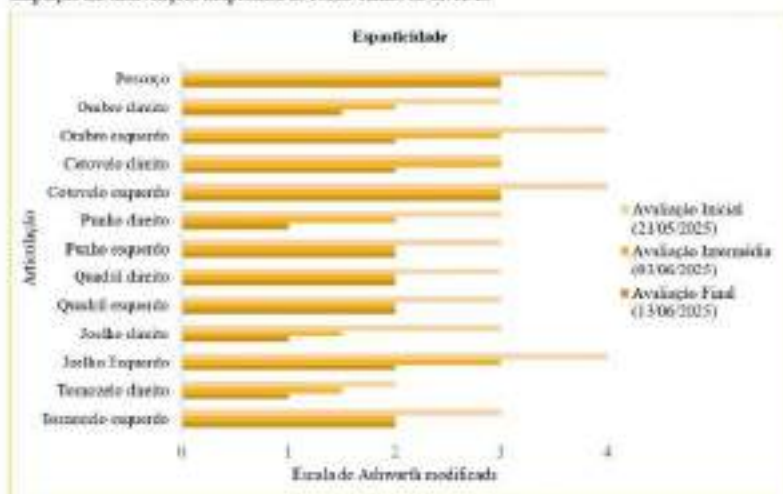


Gráfico 1 – Avaliação da espasticidade

Como resultado secundário, procedeu-se à avaliação da dor do St. H. L. durante a mobilização dos segmentos articulares. Para esse efeito, recorreu-se à escala Algopain (Anexo I), uma ferramenta validada para a população portuguesa, especificamente concebida para a avaliação da dor aguda em pessoas idosas com dificuldades na comunicação verbal (Pickering et al., 2018). Esta escolha permitiu uma análise mais precisa do desconforto do utente em contextos de mobilização passiva. Os dados obtidos sugerem uma redução significativa da dor entre a avaliação inicial e a avaliação final, indicando uma evolução clínica favorável ao longo do período de intervenção, conforme ilustrado no Gráfico 2.

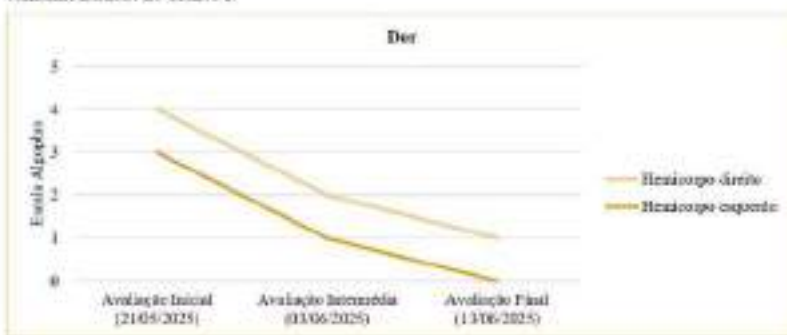


Gráfico 2 – Avaliação da dor

Por fim, no que se refere aos domínios do “Conhecimento” e da “Capacidade” do prestador de cuidados, constatou-se que, no data da avaliação final, a cuidadora principal apresentava os conhecimentos e competências definidos como objetivos para o seu desempenho, conforme se pode observar na tabela seguinte (Tabela 3).

Diagnóstico de enfermagem	Avaliação Inicial (21/05/2025)	Avaliação Intermediária (03/06/2025)	Avaliação Final (13/06/2025)
Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios motoros/atividades	Não demonstrou	Não demonstrou	Demonstrou
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da rigidez articular	Não demonstrou	Demonstrou	Demonstrou
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de pé equino	Não demonstrou	Demonstrou	Demonstrou
Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para prevenir o pé equino	Não demonstrou	Não demonstrou	Demonstrou

Tabela 3 – Resultados obtidos no domínio “Conhecimento” e “Capacidade” do Prestador de cuidados

Durante todo o programa de Reabilitação Funcional Motora (RFM), a cuidadora demonstrou um envolvimento ativo no processo, revelando curiosidade, interesse e motivação face aos conteúdos abordados nos momentos de ensino. Verificou-se uma boa adesão ao plano de treino proposto, bem como o cumprimento rigoroso das orientações transmitidas.



A cuidadora mostrou-se disposta para aprender, participou nas demonstrações práticas, esclareceu dúvidas de forma positiva e demonstrou segurança na execução dos exercícios e técnicas ensinadas. Apesar de não ter sido realizado um questionário para avaliação do seu conhecimento, a sua evolução foi notória, sendo capaz de descrever e justificar as intervenções realizadas, o que evidencia a aquisição de conhecimento e a sua aplicação prática. Além disso, referiu sentir-se mais confiante e capacitada para realizar os cuidados de higiene, posicionamento e vestuário do S. H. L., salientando a melhoria da sua rotina de cuidados, facilitada pela diminuição da espasticidade, da rigidez articular e do dor. Estes progressos traduzem não só um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados, como também promovem maior autonomia e bem-estar para ambos: cuidador e pessoa cuidada.

4. DISCUSSÃO

Os dados obtidos sugerem que as intervenções realizadas tiveram um impacto positivo na redução da rigidez articular, da espasticidade e da dor durante a mobilização dos segmentos articulares, contribuindo também para a prevenção do aparecimento do pé equino. Os resultados sugerem ainda uma correlação entre dor, espasticidade e rigidez articular, uma vez que se verificou, no hemitórax esquerdo, uma menor amplitude articular, acompanhada de níveis mais elevados de espasticidade e dor.

Contudo, importa destacar que a avaliação da amplitude articular pode ter sido influenciado por múltiplos fatores, entre os quais se evidenciam a espasticidade e a dor do alho de cuidados. A presença de espasticidade, caracterizada por uma resistência aumentada ao movimento passivo devido à hipertonia muscular, pode limitar a mobilidade articular e dificultar a obtenção de medidas fiéis da amplitude articular. Paralelamente, a dor associada à mobilização, pode levar a pessoa a restringir voluntariamente os movimentos, comprometendo a precisão da avaliação da amplitude articular e da espasticidade. Assim, é fundamental que estes fatores sejam considerados no momento da análise, de modo a garantir uma interpretação adequada dos dados obtidos e a orientar corretamente o plano terapêutico.

A literatura científica dos últimos anos corrobora os resultados deste estudo conclusões apontadas, que, embora predominantemente focada na prevenção das complicações do deito em doentes críticos, tem vindo a reconhecer os benefícios da mobilização passiva em indivíduos com alterações neuromusculares crónicas. Fernandes (2015) identificou melhorias na amplitude articular de doentes pós-Acidente Vascular Cerebral após a implementação de um programa baseado em mobilizações passivas e capacitação dos cuidadores. Tal como observado neste estudo, os cuidadores referiram ter adquirido ferramentas essenciais para prestar cuidados adequados ao seu familiar. (Fernandes, 2015)

Boni et al. (2017) refere que programas de alongamento passivo são eficazes na prevenção de perda de arcos neurais, da atrofia muscular e na preservação da amplitude articular. De forma similar, na sua revisão sistemática, Pualetto et al. (2025) evidenciam que a mobilização passiva contribui para a melhoria da mobilidade, a redução da dor e o aumento da função muscular. Os autores verificaram um aumento significativo da amplitude articular na maioria dos segmentos analisados e ganhos significativos quando comparados com membros imobilizados. (Pualetto et al., 2025)

Nas últimas décadas, os estudos mais recentes sobre mobilização passiva têm-se centrado predominantemente na utilização de tecnologias robóticas, deixando em menor evidência a abordagem manual tradicional. Apesar desta diferença metodológica, os resultados obtidos com a mobilização passiva robotizada demonstram benefícios significativos na manutenção da amplitude articular, na redução do tônus muscular e na melhoria da resposta neuromuscular, sobretudo em pessoas com comprometimentos motores graves (Bissolati et al., 2016; Gobbo et al., 2017; Palla et al., 2020). Embora não seja possível estabelecer uma comparação direta entre a mobilização

manual e a robotizada, devido às diferenças nos parâmetros de aplicação, frequência e controlo de intensidade, é possível, ainda assim, identificar pontos de convergência nos efeitos terapêuticos observados, o que reforça a relevância clínica da mobilização passiva enquanto intervenção essencial na reabilitação de pessoas com limitações neuromusculares.

Relativamente à espasticidade, Méhriban Jahromi et al. (2024) destacam que, embora a evidência científica apresente alguma inconsistência, o alongamento passivo continua a ser uma ferramenta terapêutica relevante, devendo ser aplicado com precaução para evitar potenciais complicações. Por sua vez, Freire (2015), por sua vez, afirma que, para prevenir o agravamento ou a instalação de níveis inadequados de espasticidade, é essencial a realização de exercícios passivos estruturados segundo padrões antigásticos, os quais promovem o controlo do tônus muscular e a preservação da amplitude funcional.

A nível da dor, diversos estudos associam a sua redução à aplicação sistemática de exercícios passivos. Nicholson (1985), por exemplo, demonstrou a eficácia da mobilização articular passiva na redução da dor em indivíduos com capsulite adesiva do ombro. No presente estudo, a avaliação da dor constitui um desafio relevante, uma vez que o doente apresentava um grau avançado de demência, com comprometimento leve da comunicação. Face a esta limitação, recorreu-se à Escala Algoplus, validada para a avaliação de dor em pessoas com dificuldades de comunicação (Polzella et al., 2011), permitindo uma monitorização objetiva e segura da dor, e facilitando uma abordagem terapêutica mais eficaz.

Adicionalmente, constatou-se dificuldade em estabelecer, de forma imediata, os focos principais de intervenção, tendo em conta a complexidade do quadro clínico e funcional. Neste contexto, o envolvimento da família revelou-se fundamental para compreender as reais necessidades e prioridades no seu quotidiano. Através de uma negociação de objetivos, a intervenção foi alinhada às expectativas e possibilidades da pessoa cuidada e da rede de apoio familiar.

A realização deste relato de caso constitui uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio), particularmente as competências “Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (p. 13566) e “Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (p. 13567). Ao longo do acompanhamento do Sr. H. L., foi possível avaliar de forma sistemática a sua funcionalidade, identificar limitações da atividade decorrentes da rigidez articular e espasticidade, e diagnosticar alterações com impacto direto na sua mobilidade e autonomia.

Com base nesta avaliação, foram concebidos e implementados planos de intervenção individualizados, que visavam promover capacidades adaptativas e facilitar o autocuidado com o apoio do cuidador principal. Por outro lado, a criação de um programa de reeducação funcional motora, adaptado ao contexto domiciliário, permitiu-nos centrar no desenvolvimento das capacidades remanescentes e na manutenção da funcionalidade da pessoa. A monitorização contínua e a avaliação dos resultados permitiram ajustar o plano de cuidados de forma eficaz,



reforçando a tomada de decisão clínica baseada na evidência, a autonomia profissional e a capacidade de atuação em contextos complexos.

A realização deste relato de caso constitui um contributo significativo para a melhoria da prática clínica, permitindo uma abordagem mais reflexiva, crítica e fundamentada ao cuidado de pessoas com demência em fase avançada. Através da aplicação sistematizada do processo de enfermagem de reabilitação, foi possível reforçar a importância da avaliação contínua, da personalização das intervenções e da integração do cuidador informal no plano terapêutico. Simultaneamente, esta experiência potenciou o desenvolvimento de competências clínicas, científicas e relacionais, aprofundando o conhecimento sobre a utilização de instrumentos de avaliação específicos e a implementação de planos de cuidados orientados para resultados. Assim, o estudo contribuiu não só para a melhoria da qualidade do cuidar, como também para o fortalecimento da formação especializada, orientada em evidência científica e centrada na pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da implementação do plano de cuidados individualizado, foi possível responder de forma estruturada e eficaz às necessidades identificadas na avaliação inicial do Sr. H. L. A aplicação de instrumentos de avaliação válidos, como a goniometria, a Escala de Ashworth Modificada e a escala de dor Algofits, permitiu monitorizar com rigor a evolução clínica, contribuindo para uma análise objetiva dos resultados obtidos. A seleção criteriosa destes instrumentos esteve alinhada com os focos prioritários identificados, facilitando a tomada de decisão clínica e o registo sistemático da intervenção.

Os resultados obtidos, sugerem uma eficácia do plano de cuidados, em ambiente domiciliário, verificando-se uma melhoria gradual na amplitude articular e uma redução da espasticidade e da dor associada. Esta evolução refletiu-se positivamente na capacidade do cuidador em prestar cuidados mais seguros e eficazes. Os resultados alcançados confirmam o cumprimento dos objetivos delineados e reforçam a importância da intervenção especializada da Enfermagem de Reabilitação no acompanhamento da pessoa com alterações neuromusculares, promovendo não só a funcionalidade, mas também a dignidade e o conforto da pessoa cuidada no seu contexto de vida real.

Este estudo tem algumas limitações. A nível da implementação do plano de cuidados, o tempo de intervenção não permitiu uma análise a longo prazo dos benefícios da intervenção realizada. Por se tratar de um estudo transversal e descritivo não foi possível fazer inferências concretas sobre a influência das intervenções implementadas. Por outro lado, a menor adesão ao plano de exercícios na última semana da intervenção, em virtude do afastamento do prestador de cuidados por motivo de saúde, poderá ter influenciado os resultados obtidos na avaliação final.

No decorrer da análise final do programa de intervenção realizado, tomou-se evidente a importância crescente da temática abordada, sobretudo no atual contexto demográfico marcado pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da esperança média de vida. Este fenómeno, frequentemente acompanhado pela prevalência de doenças crónicas e degenerativas, conduz muitas pessoas à dependência funcional e ao confinamento prolongado ao leito, criando desafios significativos à prestação de cuidados de saúde e à qualidade de vida dos doentes. Neste sentido, a Enfermagem de Reabilitação revela-se essencial, assumindo um papel central na mitigação das complicações da imobilidade e na promoção da funcionalidade e do bem-estar da pessoa.

Contudo, a realização deste trabalho foi marcada por alguns constrangimentos, nomeadamente a escassez de estudos científicos específicos e robustos sobre a intervenção de enfermagem de reabilitação em pessoa com alterações neuromusculares, especialmente em contexto domiciliário. Esta limitação evidencia a necessidade de um maior investimento na investigação nesta área, de forma a produzir conhecimento aplicável e sustentado que permita orientar a prática clínica com base na evidência. O reforço da produção científica contribuirá para a valorização da especialidade, promovendo cuidados mais eficazes, personalizados e humanizados, ajustados às reais necessidades das pessoas com elevada vulnerabilidade funcional.



Posto isto sugere-se a realização de estudos longitudinais que avaliem a longo prazo o efeito das intervenções realizadas, com amostras maiores, e a realização de estudos que avaliem a relação entre as intervenções realizadas e a capacidade de o cuidador prestar cuidados a pessoa com rigidez articular e/ou espasticidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer Europe. (2019a). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. European Union. https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/dementia-europe-yearbook-2019-estimating-prevalence-dementia-europe/?language_content_entity=en
- Alzheimer Europe. (2019b). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. European Union. https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/dementia-europe-yearbook-2019-estimating-prevalence-dementia-europe/?language_content_entity=en
- Andrade, S. K. de, Rueff, A. B., Pécioni, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Bisselotti, L., Villafañe, J. H., Gaffurini, P., Orizio, C., Valdes, K., & Negrini, S. (2016). Changes in skeletal muscle perfusion and spasticity in patients with poststroke hemiparesis treated by robotic assistance (Gloreha) of the hand. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(3), 769–773. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.769>
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Intra-rater Reliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Born, C. T., Gil, J. A., & Goodman, A. D. (2017). Joint Contractures Resulting From Prolonged Immobilization: Etiology, Prevention, and Management. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 25(2), 110–116. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-15-00697>
- Brocki, S. M. D., Aprahamian, L., Borelli, W. V., Silveira, V. C. da, Ferretti, C. E. de L., Smid, J., Barbosa, B. J. A. P., Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Frota, N. A. F., Souza, L. C. de, Vale, F. A. C., Camelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Nitrau, R., Schatz, R. R., & Morillo, L. S. (2022). Manejo das demências em fase avançada: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3 suppl 1), 101–120. <https://doi.org/10.1580/1980-5764-dn-2022-s107pt>
- Burgdorf, J. G., Freedman, V. A., & Wolff, J. L. (2025). A look at caregivers for community-living persons with dementia: Implications for the GUIDE model. *Alzheimer's & Dementia*, 21(3). <https://doi.org/10.1002/alz.70013>

- DeLisa, J. A., & Gans, B. M. (2002). *Tratado de medicina de reabilitação: princípios e práticas* (3.ª ed.). Manole.
- Duarte, J. C., Gonçalves, A. M., & Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. Em M. Nêse & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática* (1.ª ed., pp. 15–50). Lidel.
- Fernandes, T. de J. (2015). *Efeito de um Programa de Mobilização e Exercício Ativo sobre a Amplitude Articular em Pessoas com Síndrome de Dorso* [Relatório de Estágio de Mestrado]. Instituto Politécnico de Bragança.
- Fix, S., FitzGerald, C., Harrison Dering, K., Irving, K., Karnohan, W. G., Treloar, A., Oliver, D., Guerin, S., & Timmons, S. (2018). Better palliative care for people with a dementia: summary of interdisciplinary workshop highlighting current gaps and recommendations for future research. *BMC Palliative Care*, 17(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0221-0>
- Freitas, C. M. R. (2015). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de complicações da espasticidade que interferem na marcha decorrentes de lesão neurológica* [Relatório de Estágio de Mestrado]. Instituto Politécnico de Santarém.
- Gagnier, J. J., Kimble, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(5), 38–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.005>
- Gobbo, M., Gaffurini, P., Vicchi, L., Lazzarini, S., Villafane, J., Orizio, C., Negrini, S., & Biscolutti, L. (2017). Hand Passive Mobilization Performed with Robotic Assistance: Acute Effects on Upper Limb Perfusion and Spasticity in Stroke Survivors. *BioMed Research International*, 2017, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2017/2796815>
- Herbert, S., & Xavier, R. (2003). *Ortopedia e Imunologia: princípios e prática* (3.ª ed.). Artmed.
- Jani, E., Factor, H., Karm, S., Schiffmiller, T., & Meiron, O. (2019). Spasticity and dementia increase the risk of pressure ulcers. *International Wound Journal*, 16(5), 847–851. <https://doi.org/10.1111/ryw.13110>
- Marques, A. F. (2014). *Manual de Gostowerto* (3.ª ed.). Manole.
- Mehroban Jalromi, M., Vlček, P., & Grúnerová Lippertová, M. (2024). Stretching exercises in managing spasticity: effectiveness, risks, and adjunct therapies. *European Journal of Translational Myology*. <https://doi.org/10.4081/ejtm.2024.12455>
- Moreira, M. A. de S. (2019). *Reabilitação e Demência na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* [Tese de Mestrado]. Universidade do Porto.



- Nicholson, G. G. (1985). The Effects of Passive Joint Mobilization on Pain and Hypomobility Associated with Adhesive Capsulitis of the Shoulder. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 6(4), 238–246. <https://doi.org/10.2519/jospt.1985.6.4.238>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2018). *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Organização Mundial de Saúde. (2023). *Rehabilitation 2030: meeting report, Geneva, Switzerland, 10 – 11 July 2023*.
- Paoletta, P. A., Chico, F. T. F., Vieira, L. C. G., Bertonecello, D., Buzanello, M. R., de Carvalho, A. R., & Bertolini, G. R. F. (2025). Effectiveness of passive mobilization on the deleterious effects of immobilization in patients with musculoskeletal problems: a systematic review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 33(3), 173–182. <https://doi.org/10.1080/10669817.2024.2408500>
- Pickering, G., Mouacelli, F., Pérez-Castejón Garrote, J. M., Guardia, H., Batalla, L., Gibson, S., Savas, S., Odetti, P., Gandolfo, F., Pastoreiro, E., Carrillo Mugeiro, M. J., Dias, J. P., Klárová, A., Macian, N., & Pereira, B. (2018). Reliability Study in Five Languages of the Translation of the Pain Observational Scale Algoplus. *Pain Medicine*, 19(2), 252–261. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw356>
- Pilla, A., Trigili, E., McKinney, Z., Fanciullacci, C., Maksova, C., Posteraro, F., Crea, S., & Vitello, N. (2020). Robotic Rehabilitation and Multimodal Instrumental Assessment of Post-stroke Elbow Motor Functions—A Randomized Controlled Trial Protocol. *Frontiers in Neurology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.587293>
- Regulamento n.º 192/2019 de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 - 2.ª Série.
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kiesle, G. S., Amrison, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Wetherham, P. G., Moher, D., Rason, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, F., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Silva, L. A. G. P. da, & Mercês, N. N. A. das. (2018). Multiple case study applied in nursing research: a case report. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1194–1197. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>



APÊNDICES



APÊNDICE I – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título do estudo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com alterações neuromusculares por doença degenerativa: Relato de Caso

Localizamentos: O estudo realiza-se no âmbito do Estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade Olhar Maior, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Professor Doutor Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Vera Gaspar.

Objetivo do estudo: Este estudo tem como objetivo descrever os resultados da implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação dirigida à pessoa com alterações neuromusculares por doença degenerativa, em contexto domiciliário.

Solicita-se a participação neste estudo de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados está feita por entrevista e serão utilizados instrumentos/escalas de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a enfrentar e que podem ser alvo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste estudo de Relato de Caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre funcionalidade, dignidade, equidade, movimento motor, rigidez articular e equilíbrio, contribuindo para a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente (perante a sua recusa 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 outra. Se decidir participar, poderá sempre interromper/abandonar qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

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

Muito obrigado pela sua disponibilidade.

Enfermeiro Tiago Alexandre Filipe Branco | Contacto: 961 347 204 | Email: 202490076@uaia.pt

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 fui dada resposta satisfatória; 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** (marcar o que não interessa) a esta iniciativa, sem como os procedimentos devidamente autorizados que sejam necessários ao meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

¹ https://www.who.int/docs/default-source/ethics-and-governance/declaration-of-helsinki-principles-of-ethical-guidelines-for-the-protection-of-human-subjects-of-research.pdf?sfvrsn=6_62912_1_6

² https://www.coe.int/t/e/treaties/035_treaties_035.asp

 **ESSATLA**
Escola Superior de Saúde Atlântica

Curso de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alterações Neuroanatómicas no contexto hospitalar |
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Se a pessoa estiver a aceitar participar na investigação,
(ou o encarregado de educação deve autorizar a pessoa para isso, se possível)

Nome: _____

B/COD Nº: _____ Sexo da Pessoa: _____ f _____

Código de identificação do centro de investigação: _____

Assinatura: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE (2) PAGINA/S E FITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



APÉNDICE II – Avaliação Inicial



AValiação INICIAL

Data: 21/05/2025

Identificação

Nome: Sr. H. L.	Idade: 80 anos
Nível de Escolaridade: 4º ano	Profissão: Reformada

Situação Clínica

Diagnóstico clínico principal: Demência

Antecedentes pessoais: Diabetes

Medicação habitual

- Trazolam 3mg 3/3h
- Clozapina 5mg
- Quetiapina 100mg 3/3h

Alergias: Desconhecido

Contexto: Serviços (EUA) e habitacional

Agrupado Familiar: Esposa e Filha

Cuidador(a): Esposa (principal) e Filha

Pessoa de referência: Filha

Tipologia de habitação: <ul style="list-style-type: none"> • Meio rural • Vivenda (1ª andar) 	Acessos: <ul style="list-style-type: none"> • Escadas • Portas largas • Corredores largos • Presença de obstáculos: <ul style="list-style-type: none"> Tapetes Móveis • Estrutura adequada
Ajudas técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • Cadeira de rodas 	
Condições da WC: <ul style="list-style-type: none"> • Banheira 	Condições da Quarto: <ul style="list-style-type: none"> • Cama articulada • Colchão de presões alternadas • Grades • Cadeirão

Exame físico geral

Pele: Estado de hidratação: Seca Coloração: Cíandea Pigmentação: Inequiva	Dispositivos: <ul style="list-style-type: none"> • Sem dispositivos médicos
---	---

ESSATIA
Escola Superior de Saúde Atlântica

Condições de Trabalho e de Reabilitação à Pessoa com Alterações Neurosensoriais com o intuito de garantir:
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Feridas: Sem feridas Risco de queda por Pressão (Bradford): 10 - Risco elevado Risco de Queda (Morse): 15 - Risco baixo	
Dieta: Purada Alterações na deglutição: <ul style="list-style-type: none"> Líquidos: Compensadamente líquidos, compensado com espessante de consistência média Peso: Não avaliado Altura: Não avaliado IMC: Não avaliado	Próteses: <ul style="list-style-type: none"> Sem próteses

Avaliação Neurofisiológica

Consciência: Vigil Escala de Glasgow: 15 <ul style="list-style-type: none"> Abertura ocular: 4 - Espontânea Resposta verbal: 2 - Palavras incoerentes Resposta motora: 4 - Movimento de retirada Orientação: tem pouco comunicativo. Não foi possível avaliar	Linguagem: <ul style="list-style-type: none"> Hipocortical
Atenção: mantida (Drugs off)	
Membros: Não avaliado	

Parâmetros Vitais

Tensão Arterial	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Temperatura	Do:
105/68 mmHg	78 bpm	15 cpm	36 °C	4 (Escala: Algotan)

Saturação Percutânea de Oxigênio: 91 %
 Glicemia capilar: 89 mg/dl

Avaliação Respiratória

Diagnóstico	Sem alterações
Tosse	Tosse eficaz e produtiva
Expectoração	Agressão (resíduo) espessa e incompleta que gere (degluti)
Do:	Sem do:
Inspiração	Alteração da coloração da pele e mucosas: sem alterações Alterações da face: sem alterações Elevação dos músculos acessórios: não utiliz Alterações dos membros superiores: sem alterações

	Alterações musculares agudas: sem alterações Morfologia do braço: Normal Tipo: torçiva Simetria: simétrica Ritmo: rítmico Traçoso: Não apresenta Postura ergonômica: Normal
Palpação	Percepção da frequência: no limite normal Feridas térmicas-vasc: normais Sem pontos dolorosos e sensações fictícias anormais
Perfusão	Sem alterações (Turgor normal)
Auscultação	Apresenta murmúrio vesicular em toda a extensão pulmonar Ruídos adventícios: sem ruídos

Avaliação Motora e Sensitiva

Força Muscular	Não foi possível avaliar		
Amplitude articular	Membro	Direito	Esquerdo
	Flexão do punho	60°	30°
	Extensão do punho	0°	0°
	Desvio radial do punho	0°	0°
	Desvio ulnar do punho	0°	0°
	Flexão do cotovelo	150°	150°
	Extensão do cotovelo	70°	65°
	Protração do antebraço	10°	10°
	Supinação do antebraço	20°	10°
	Flexão do ombro	30°	10°
	Extensão do ombro	NA	NA
	Abdução do ombro	50°	30°
	Adução do ombro	10°	15°
	Rotação interna do ombro	70°	45°
	Rotação externa do ombro	25°	15°
	Flexão do tornozelo	0°	0°
	Extensão do tornozelo	10°	10°
	Inversão do pé	NA	NA
	Eversão do pé	NA	NA
	Flexão do joelho	140°	140°
	Extensão do joelho	85°	114°
	Flexão do quadril*	90°	90°
	Extensão do quadril	-65°	-50°
	Abdução do quadril	25°	25°
	Adução do quadril	30°	20°
	Rotação interna do quadril	20°	10°
	Rotação externa do quadril	30°	20°
Flexão da coluna cervical	10°		
Extensão da coluna cervical	10°		
Rotação da coluna cervical	10°	20°	

Tiago Alexandre Filipe Branco | João WCI | Escola Superior de Saúde Atlântica



	Flexão lateral da cabeça cervical	15°	45°	
Equilíbrio	Não apresenta Equilíbrio estático e dinâmico Escala de Berg: 0			
Coordenação motora	Não avaliado			
Marcha	Sem capacidade de marcha			
Sensibilidade	Aproxima sensibilidade de dor: Normal			
Expositividade	Membros	Escala Modificada de Ashworth		
		Lado Esquerdo	Lado Direito	
		Passo	3	3
		Cotovelo	4	3
		Quadril	4	3
		Tornozelo	3	2
		Joelho	4	3
		Arco	3	3
	Perceção	4		

Avaliação Funcional

Autocuidado	Alimentação	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Higiene Pessoal	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Resposta	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Vestir: metade superior do corpo	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Vestir: metade inferior do corpo	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Utilização de rose sanitária	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
Controlo de esfinteres	Controlo vesical	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Controlo intestinal	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
Mobilidade/Transferências	Leito, cadeira, cadeira de rodas	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Uso sanitário	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Banho, duche	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
Locomoção	Marcionidade de rodas	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Escadas	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
Comunicação	Compreensão	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Expressão	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
Cognição Social	Interação Social	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Resolução de Problemas	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
	Mexerico	1 – Assistência Total (Seguro ≥ 10%)
Total Medida de Independência Funcional		18 pontos: Dependência completa

Discussão



Centro de Enfermagem de Reabilitação e Pessoas com Alterações Neurocognitivas: núcleo de excelência
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Perfil funcional: mantido

Perfil intelectual: mantido

Objetivos negociados com cuidadores (esposa e filha):


- Melhorar aptidão funcional do Sr. H.L.
- Melhorar estabilidade de finanças a facilitar o papel do cuidador no quotidiano



ANEXOS



ANEXO I – Escala de Avaliação da Dor Algoplus



ESSEATLA
Escola Superior de Saúde Atlântica

Guião de Utilização para a Reabilitação à Pessoa com Alterações sensoriomotoras: rubrica de transição clínica
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESSEATLA

ALGOPLUS

ESCALA

Avaliação de dor

Escala de avaliação comportamental de dor aguda em pessoas com representações problemáticas de consciência verbal

Identificação do paciente

Nome	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
	sem	relato	sem	relato	sem	relato	sem	relato	sem	relato	sem	relato	sem	relato	sem	relato	sem	relato	sem	relato	
1 - Não há Caracteriza dor não verbalizada, sem expressão, sem alterações comportamentais, não responde.																					
2 - Dor leve Clara expressão, não altera os comportamentos, não verbaliza.																					
3 - Dor moderada A.T.N., - Guardar 1, o Estado 1, o grande, 1/2																					
4 - Dor grave Caracteriza dor verbalizada, com alterações comportamentais, alterações motoras.																					
5 - Dor insuportável Agitação ou agressividade, rigidez																					
Total 100%																					
Profundidade de avaliação realizada após transição de enfermagem																					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Pickering, G., Maccaceli, F., Nieto-Castellsa Garcia, J. M., Garcia, H., Hamlin, L., Gibson, S., Sevas, S., Otero, P., González, F., Pastorello, E., Carrillo Nageiro, M. J., Diaz, I. P., KILAVALLA, MASOLI, N., & PERINI, B. (2015). Reliability Study in Five Languages of the Translation of the Pain Observational Scale Algotplus. *Pain Medicine*, 19(2), 252–261. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw036>



ANEXO II – Escala de Ashworth Modificada



Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity^a

Grade	Description
0	no increase in muscle tone
1	slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal resistance at the end of the range of motion when the affected part(s) is moved in flexion or extension
1+	slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder (less than half) of the ROM
2	more marked increase in muscle tone through most of the ROM, but affected part(s) easily moved
3	considerable increase in muscle tone, passive movement difficult
4	affected part(s) rigid in flexion or extension

Fonte: Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

APÊNDICE XI

RELATO DE CASO CLÍNICO - CONTEXTO HOSPITALAR



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular – Estágio Profissionalizante

Ano Letivo 2025/2026

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Pneumonia associada a Acidente Vascular Cerebral**

Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Tiago Alexandre Filipe Branco, nº 202490076

Professor orientador:

Professor Doutor Luís Manuel Mota Sousa

Enfermeiro Supervisor:

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Rodrigues

Hacarema, Lisboa

Novembro de 2025

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular – Estágio Profissionalizante

Ano Letivo 2024/2025

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Pneumonia associada a Acidente Vascular Cerebral**

Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Tiago Alexandre Filipe Branco, nº 202450076

Professor orientador:

Professor Doutor Luís Manuel Mota Sousa

Enfermeiro Supervisor:

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Rodrigues

Bacarena, Lisboa

Novembro de 2025

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste trabalho.

Página em Branco

LISTA DE ABREVIATURAS

ACM - Artéria Cerebral Média
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CARE - CAse REport
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ER - Enfermagem de Reabilitação (ER)
ESO - European Stroke Organisation
EROM - Family Reported Outcome Measures
GUSS - Gugging Swallowing Screen
MI - Membro Inferior
MRC - Medical Research Council
MS - Membro Superior
OE - Ordem dos Enfermeiros
PA - Pneumonia por Aspiração
PaCO₂ - Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
PaO₂ - Pressão Parcial de Oxigênio
pH - Potencial de Hidrogênio
RCC - Relatório de Caso Clínico
RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario

RESUMO

Introdução: O AVC é uma das principais causas de incapacidade adquirida, frequentemente associado a défices motores, respiratórios e de deglutição. O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação tem um papel central na recuperação funcional e na capacitação da pessoa e da família.

Objetivo: Avaliar os resultados da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação motora e respiratória no cliente com PA pós-AVC.

Método: Relato de caso desenvolvido ao longo de quatro semanas, com treze sessões de reabilitação. Foram utilizados os instrumentos GLSS, MRC, Escala de Ashworth Modificada. O impacto familiar foi avaliado com o FROM-16.

Resultados: Após a implementação do programa de reabilitação motora e respiratória, observou-se melhoria da força muscular e da ventilação, com maior expiração e maior controlo respiratório. Surgiu espasticidade nos membros superiores e a deglutição manteve-se comprometida, associada à deterioração clínica. A nível do familiar verificou-se uma ligeira redução do impacto global da doença, mas aumento da carga emocional familiar ao longo do período de intervenção.

Conclusão: As intervenções de reabilitação realizadas sugerem um impacto positivo na força muscular e ventilação, reforçando a importância de programas contínuos, sistematizados e centrados na pessoa e na família, em articulação com a equipa multidisciplinar e conforme as recomendações da RNAC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem em Reabilitação; Pneumonia Aspirativa; Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral

ABSTRACT

Introduction: Stroke is one of the main causes of acquired disability and is frequently associated with motor, respiratory, and swallowing deficits. The rehabilitation nurse plays a key role in functional recovery and in empowering both the person and their family throughout the rehabilitation process.

Objective: To evaluate the outcomes of implementing a motor and respiratory rehabilitation nursing programme in a post-stroke patient with Aspiration Pneumonia.

Method: A case report was developed over a four-week period, comprising thirteen rehabilitation sessions. The instruments used included the Gugging Swallowing Screen (GUSSE), the Modified Research Council Scale (MRC), and the Modified Ashworth Scale. Family impact was assessed using the Family Reported Outcome Measure – 16 (FROME-16).

Results: Following the implementation of the motor and respiratory rehabilitation programme, improvements were observed in muscle strength and ventilation, with reduced sputum production and greater respiratory control. Spasticity developed in the upper limbs, and swallowing remained impaired, associated with clinical deterioration. Regarding the family, there was a slight reduction in the overall impact of the disease, but an increase in emotional burden during the intervention period.

Conclusion: The rehabilitation interventions suggest a positive impact on muscle strength and ventilation, reinforcing the importance of continuous, structured, and person- and family-centred programmes, in collaboration with the multidisciplinary team and in accordance with BNAO recommendations.

Keywords: Pneumonia, Aspiration; Rehabilitation Nursing; Stroke; Stroke Rehabilitation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
2. APRESENTAÇÃO DO CASO	15
2.1. História Clínica e Avaliação Inicial.....	15
2.2. Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação e Plano de Intervenção.....	16
3. RESULTADOS.....	19
4. DISCUSSÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
APÊNDICES	32
APÊNDICE I – Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsinque e a Convenção de Oviedo	33
APÊNDICE II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	36
APÊNDICE III – Avaliação Inicial	40
APÊNDICE IV – Plano de intervenção completo	45
APÊNDICE V – Resultados obtidos na função motora e neurológica a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados	55
ANEXOS	57
ANEXO I – Recomendações do Case Report (CARE)	58
ANEXO II – Guia de entrevista	60
ANEXO III – Escala GUSS	64
ANEXO IV – Escala de Força MRC	66
ANEXO V – Escala de Adworth modificada	68
ANEXO VI – Questionário PROM-16.....	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Plano de intervenção de ER resumido, segundo o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e a Ontologia em Enfermagem.....	18
Tabela 2 – Resultados obtidos na função motora e neurológica a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados.....	19
Tabela 3 – Resultados obtidos na função respiratória a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados.....	20

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Caso Clínico (RCC) insere-se no âmbito do Estágio Profissionalizante, realizado no contexto do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER) da Escola Superior de Saúde Atlântica. Um RCC é uma descrição pormenorizada que, com objetivos médicos, científicos ou educacionais, aborda um problema (clínico vivido por um ou mais clientes) (Gagnier et al., 2013). Estes relatos apresentam observações clínicas habitualmente recolhidas no contexto da prestação de cuidados de saúde (Gagnier et al., 2013). Têm-se revelado úteis na identificação de efeitos adversos e benéficos, no reconhecimento de novas doenças, em manifestações inusitadas de patologias frequentes e na descrição de doenças raras (Gagnier et al., 2013). Este estudo permite efetuar uma análise aprofundada dos problemas e necessidades do cliente, da sua família e da comunidade, fornecendo elementos que apoiam o enfermeiro na determinação das estratégias mais adequadas para resolver ou minimizar os problemas identificados (Galvão et al., 2003).

A temática deste RCC envolve a Reeducação Funcional Respiratória e Motora à pessoa com Pneumonia por Aspiração (PA) após um Acidente Vascular Cerebral (AVC). O AVC representa um dos principais desafios em saúde global, constituindo causa significativa de incapacidade e mortalidade (Donkor, 2018). Por vezes, a recuperação funcional após AVC inclui não apenas a reabilitação motora e cognitiva, mas também a restauração da função respiratória e da deglutição, uma vez os défices neurológicos decorrentes do AVC comprometem frequentemente a função respiratória e a deglutição, aumentando o risco de complicações pulmonares, nomeadamente a PA (Chang et al., 2022).

Uma dessas complicações é a PA, caracterizada pela inalação de secreções orofaríngeas ou conteúdo gástrico para os pulmões, provocando inflamação, lesão química ou infecciosa e prejuízo ventilatório (Marik, 2001; Niederman & Cillóniz, 2022; Tenenholz, 2022). Em casos de disfagia neurogénica (frequente após AVC) os mecanismos de proteção das vias aéreas (reflexo de tosse, reflexo de engolir) podem estar comprometidos, facilitando episódios de aspiração silenciosa e aumentando a incidência de pneumonia (John Simpson et al., 2023; Marik, 2001; Niederman & Cillóniz, 2022). A PA está associada a prognóstico mais desfavorável comparada a outras pneumonias comunitárias, com maior mortalidade e morbilidade (John Simpson et al., 2023; Marik, 2001).

Apesar da reconhecida relevância clínica, persistem lacunas na literatura quanto à integração de estratégias de reeducação funcional respiratória e motora direcionadas à pessoa com PA após AVC. Estudos recentes demonstram que o treino dos músculos respiratórios melhora a capacidade ventilatória, reduz complicações pulmonares e potencia a eficácia da deglutição em pessoas com AVC (Dome et al., 2022; Li et al., 2024; Y. S. Zhang et al., 2024). Contudo, a maioria dos ensaios foca-se na função respiratória isolada, sem abordar a articulação entre a mobilização motora e respiratória no contexto da aspiração.

As Diretrizes da European Stroke Organisation (ESO) atualizadas recentemente incluem recomendações e definição do âmbito da reabilitação motora pós-AVC, enfatizando a importância do dose, intensidade e progressão

gradual da intervenção (Kwakkel et al., 2023). A ESO também enfatiza que a reabilitação deve ser iniciada precocemente no processo pós-AVC e continuada em diferentes fases para maximizar resultados funcionais (Kwakkel et al., 2023).

Neste sentido, torna-se essencial valorizar o papel da Enfermagem de Reabilitação, cuja intervenção especializada visa promover a ventilação eficaz, a mobilidade funcional e a prevenção de recorrências, em consonância com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 382/2019).

Com base neste contexto, a questão norteadora deste relato de caso pode ser expressa como: "Quais os resultados da implementação de um programa de reeducação funcional respiratória e motora na recuperação de função e diminuição de complicações respiratórias no cliente com PA após AVC?"

Os objetivos do estudo são:

- Descrever o processo de avaliação em ER de um cliente com PA pós-AVC.
- Implementar intervenções de reeducação respiratória e motora baseadas em evidência e adaptadas ao cliente.
- Avaliar os resultados da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação motora e respiratória no cliente com PA pós-AVC.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

A presente investigação baseou-se na metodologia do RCC, amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz para a produção e disseminação do conhecimento científico, sobretudo em áreas como a enfermagem (Andrade et al., 2017). Este tipo de estudo enquadra-se na categoria das pesquisas descritivas, caracterizando-se pela observação direta, sistemática e detalhada de um fenómeno atual no seu contexto real, o que permite compreender com profundidade as suas particularidades (Duarte et al., 2022).

Embora o relato de caso seja habitualmente classificado como um método qualitativo, pode também incorporar abordagens quantitativas, ao combinar o uso de instrumentos de medição objetivos com a interpretação subjetiva das experiências clínicas e profissionais (Silva & Mercês, 2018). O seu valor científico tem sido amplamente reconhecido, destacando-se pela sua contribuição na deteção de doenças raras ou emergentes, na análise dos efeitos benéficos e adversos de intervenções terapêuticas, bem como no aperfeiçoamento da formação dos profissionais de saúde e na divulgação de práticas clínicas de excelência (Riley et al., 2017).

A realização de um estudo de caso implica a definição estruturada do projeto de investigação, incluindo a clarificação dos conceitos e variáveis envolvidas, a escolha dos instrumentos e técnicas de recolha de dados e as estratégias específicas de análise (Silva & Mercês, 2018).

Este trabalho foi desenvolvido de acordo com as recomendações do Case Report (CABE) (ANEXO I), que orientam a conceção, a redação e a transcrição na apresentação de relatos de caso clínico (Gagnier et al., 2013; Riley et al., 2017).

O estudo foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsínquia, tendo sido enviado o pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica a 26 de setembro de 2025 e reformulado a 20 de outubro de 2025 (APÉNDICE I). A investigação seguiu as orientações éticas aplicáveis à pesquisa em enfermagem, assegurando a relevância científica do estudo e o respeito pela confidencialidade, dignidade, autonomia e liberdade dos participantes. O participante foi selecionado com base no diagnóstico de PA associado a AVC, admitido num Serviço de Medicina Interna. Considerando que o cliente não possui capacidade para expressar consentimento informado em razão das suas limitações cognitivas, o consentimento livre e esclarecido foi obtido por escrito junto ao seu tutor legal (APÉNDICE II).

A recolha de dados foi obtida através do exame físico, uma entrevista formal com a família, recorrendo a um grão (ANEXO II), e através da consulta do processo clínico no sistema de informação SClinico®. A Avaliação inicial foi realizada no primeiro dia de internamento, tendo sido realizadas avaliações em todos os contactos com o cliente (APÉNDICE III), no entanto serão apenas relatadas as avaliações semanais para este caso de forma a sintetizar informação.

Uma vez que o cliente não apresentava capacidade de comunicar, recorreu-se à utilização de instrumentos adequados de recolha de dados, que são exercitadas na ER, pois permite avaliar corretamente as necessidades da

pessoa cuidada, prestar cuidados individualizados e medir a eficácia das intervenções (Souza et al., 2023). A escolha e a verificação da qualidade métrica dos instrumentos são fundamentais para minimizar enviesamentos e assegurar a utilidade clínica das medições (Souza et al., 2023). Para tal, os instrumentos devem ser válidos, fiáveis, sensíveis, breves, de fácil aplicação e economicamente viáveis, permitindo medir a incapacidade, monitorizar progressos, avaliar a eficácia das intervenções, facilitar a comunicação entre profissionais e documentar a continuidade e os resultados dos cuidados de reabilitação (Hoeman, 2011; Souza et al., 2023). Assim, foram selecionados instrumentos de avaliação, maioritariamente criados pelo Gabinete de Especialidade de ER do OE, assegurando a sua adequação à prática clínica (OE, 2016).

A Gugging Swallowing Screen (GUSS) (ANEXO III) é uma escala válida, fiável e sensível para a população portuguesa com AVC, utilizada para avaliar o risco de disfagia (Ferreira et al., 2018; Trapl et al., 2007). Inicia-se com uma avaliação indireta da deglutição, considerando o estado de consciência a tesse e a deglutição de saliva, sendo cada parâmetro cotado individualmente. Uma pontuação entre 1 e 4 impede o avanço para a fase seguinte, enquanto uma pontuação de 5 permite prosseguir para a avaliação direta. Esta é realizada em três etapas: primeiro com semissólidos (água destilada com espessante em consistência de pudim), depois com líquidos em volumes progressivos (3 a 50 ml) e, por fim, com sólidos (pão seco), observando sempre sinais de aspiração. A pontuação final permite classificar o risco de disfagia e orientar a conduta clínica. (OE, 2016; Trapl et al., 2007).

A Escala de Força Muscular do Medical Research Council (MRC) (ANEXO IV) é um instrumento clínico utilizado para avaliar a força dos principais grupos musculares, permitindo quantificar o grau de comprometimento motor. A avaliação é realizada através da observação e da resistência aplicada pelo examinador durante o movimento ativo do membro (OE, 2016). A cotação varia de 0 a 5, onde 0 corresponde à ausência de contração muscular e 5 indica força normal. Os valores intermédios refletem diferentes graus de movimento e resistência. A pontuação obtida permite monitorizar a evolução da força muscular ao longo do tempo e avaliar a eficácia do processo de reabilitação (OE, 2016).

A Escala de Ashworth Modificada (ANEXO V) é um instrumento amplamente utilizado para avaliar o grau de espasticidade em indivíduos com alterações neurológicas, incluindo a população com AVC (Bohannon & Smith, 1987; OE, 2016). O procedimento consiste na mobilização passiva das articulações a uma velocidade constante, avaliando a resistência oferecida pelo músculo ao movimento. A cotação varia entre 0 e 4, sendo 0 ausência de aumento do tônus muscular e 4 rigidez máxima em flexão ou extensão, impossibilitando o movimento passivo (Bohannon & Smith, 1987; OE, 2016). Existe ainda a categoria 1+, que indica um ligeiro aumento do tônus com resistência mínima durante mais de metade do arco de movimento (Bohannon & Smith, 1987; OE, 2016).

Os resultados foram complementados pela utilização dos indicadores Family Reported Outcome Measures (FROM), através do questionário FROM – 16 (ANEXO VI). Este é um questionário respetivo e válido para identificar as áreas em que os familiares necessitam de maior apoio, bem como para reconhecer os indivíduos mais afetados pela doença do cliente (Golzes et al., 2014; Shah, Finley, et al., 2024a). Apesar de não existir uma

versão validada para a língua portuguesa, foi utilizada uma tradução direta autorizada pelos autores do instrumento. Este é um questionário breve com 16 itens, avaliados numa escala de 0 a 2, que mede o impacto da doença nos domínios emocional e vida social/pessoal do cuidador, sendo útil para identificar o efeito global da doença no bem-estar do familiar, sendo que quanto maior a pontuação, maior é o efeito da doença na qualidade de vida de familiar (Góes et al., 2014; Shah et al., 2023; Shah, Finlay, et al., 2024b; Shah, Salek, et al., 2024). Esta abordagem integrada possibilita uma análise abrangente da efetividade das intervenções de ER, incorporando as dimensões clínica, experiencial e familiar no processo avaliativo.

A elaboração do plano de cuidados baseou-se na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em conformidade com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER e com a Ontologia em Enfermagem, assegurando a uniformidade terminológica, o rigor técnico-científico e a sistematização dos cuidados prestados.

Adicionalmente, foram consideradas as orientações da Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), nomeadamente "People and Family-Centred Care" e "Transitions in Care and Services" (RNAO, 2015, 2023). Estas orientações forneceram uma base de referência para a prestação de cuidados centrados na pessoa e na família, promovendo a continuidade e qualidade das transições de cuidados entre diferentes contextos de saúde (RNAO, 2015, 2023). A integração destas recomendações permite garantir que o processo de tomada de decisão clínica esteja alinhado com práticas baseadas na evidência e com as melhores internacionais de excelência em enfermagem.

Os resultados obtidos são apresentados de forma organizada segundo dimensões específicas de análise, iniciando-se pela caracterização da evolução da função motora e neurológica, seguida da apresentação dos resultados relativos à função respiratória. Esta estrutura visa assegurar uma exposição sistematizada e coerente dos dados, permitindo uma melhor compreensão da progressão clínica do cliente nas diferentes áreas de reabilitação avaliadas. No corpo do texto serão apresentados os resultados da avaliação inicial e final e de avaliações intermédias. Todos os restantes resultados, encontram-se em Apêndice.

A análise dos resultados obtidos foi realizada com apoio de uma revisão da literatura prévia em bases de dados científicas e literatas cinzenta, comparando os resultados obtidos com a evidência científica sobre a mesma temática, destacando as convergências e divergências e, com isso, reforçara robustez dos resultados observados. Relativamente à função respiratória, os resultados foram obtidos através da avaliação do cliente com necessidade de cuidados de reabilitação respiratória, de acordo com o Guia Orientador de Bom Prática da OE para a Reabilitação Respiratória. Esta avaliação incluiu a análise do processo patológico, identificando sinais e sintomas característicos da patologia respiratória, nomeadamente dispneia, tosse, expectoração e dor torácica. No âmbito do processo corporal, procedeu-se à avaliação da função respiratória através do exame físico (inspeção, palpação, percussão e auscultação), complementado por parâmetros não invasivos de monitorização, gasometria arterial e a análise do exame radiológico por radiografia torácica (OE, 2018).

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

2.1. História Clínica e Avaliação Inicial

O presente caso clínico refere-se a um cliente do sexo masculino, com 84 anos de idade, reformado, ex-pintor emigrado em França, de etnia caucasiana e nacionalidade portuguesa. Apresentava como antecedentes pessoais relevantes, adenocarcinoma do cólon sigmoide, tendo realizado uma Ressecção Anterior do Reto alta, hipertensão arterial, Transplante da cômara, Acidente Isquémico transitório, tendo resultado em parésias da mão direita como sequelas. Hipocústia lateral e Angiodemia bradicárdica associado a uso de inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina.

O cliente reside com a esposa em um apartamento localizado no 4º andar com elevador. Possui um filho e dois netos, com os quais mantém contacto regular e apoio familiar frequente. Segundo a esposa, o apartamento apresenta boas condições estruturais, com corredores largos que facilitam a mobilidade, contudo, refere a presença de móveis e tapetes ao longo do percurso conditá potenciais obstáculos.

O cliente foi transportado para o Serviço de Urgência após acordar com incontinência e hemiparesia direita. Após avaliação clínica e imagiológica com Tomografia Computorizada, confirmou-se o diagnóstico de AVC isquémico da Artéria Cerebral Média (ACM) esquerda, sem transformação hemorrágica. No entanto, o cliente encontrava-se fora da janela terapêutica para trombólise, sendo realizado trombectomia mecânica, a qual ocorreu nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas, em contexto de Unidade de AVC. O procedimento decorreu sem intercorrências significativas, com recanalização parcial da artéria afetada.

Ao 3º dia de internamento é transferido para o serviço de Medicina Interna onde é identificado uma PA associada a episódios de vômito, com evidência no aumento dos parâmetros inflamatórios (Proteína C reativa = 30 e Leucócitos = $11,9 \times 10^9/L$), sinais clínicos de infeção (histórico de febre) e avaliação radiológica.

A avaliação inicial foi realizada no primeiro dia de internamento no Serviço de Medicina (APÊNDICE III). À entrada, o cliente apresentava-se sonolento, mas facilmente despertável, apresentava uma alusão global, não cumprindo a maioria das ordens simples. Apresentava fadiga severa, com um score de 2/20 na Escala GUSS. O cliente apresenta dependência total em todos os itens da Escala de Barthel, evidenciando incapacidade para realizar de forma autónoma as atividades básicas de vida diária.

No exame objetivo, o cliente encontrava-se afebril, normocárdico, hipertenso e bradicárdico, apresentando boas situações periféricas de oxigénio sob oxigenoterapia suplementar por circuito nasal a 2 litros por minuto. Não evidenciava queixas algicas aparentes e encontrava-se normoglicémico.

No que respeita aos sinais e sintomas de patologia respiratória, o cliente apresentava tosse aguda com expectoração espessa, purulenta e inodora, sem sinais de dispneia.

Na avaliação da função respiratória, à inspeção, observou-se coloração da pele e mucosas sem alterações, ausência de alterações faciais, não utilização dos músculos acessórios e ausência de alterações nos membros superiores e inferiores. O tórax apresentava morfologia normal, tipo tônico, simétrico, com ritmo arítmico, sem turgor e padrão respiratório costal. À palpação, a traqueia encontrava-se centrada, o fremito tátil normal, sem pontos dolorosos e com sensações táteis preservadas. À percussão, verificou-se macicez/hiperessonância nas bases pulmonares. Na auscultação, o murmúrio vesicular encontrava-se diminuído nas bases pulmonares, com presença de rales dispersos, mais evidentes na expiração e modificáveis com a tosse.

Relativamente à gasometria arterial, observou-se um Potencial de Hidrogénio (pH) de 7,445, uma Pressão Parcial de Dióxido de Carbono (P_aCO₂) de 35,5 mmHg, um Pressão Parcial de Oxigénio (P_aO₂) de 66,2 mmHg (hipoxémia) e saturação de oxigénio de 93,8%, traduzindo uma troca gasosa comprometida, mas compensada.

Na imagiologia, a tele radiografia tórax evidenciou elevação das hemitúmulas diafragmáticas, obliquidade dos arcos costais, redução dos espaços intercostais e presença de áreas de condensação generalizada, compatíveis com a PA.

Na avaliação motora e sensitiva, observou-se défice motor significativo do lado direito, com força muscular de 1/5 no membro superior direito e 3/5 no membro inferior direito, enquanto o lado esquerdo apresentava força preservada (5/5 em ambos os membros), segundo a Escala de Força da MRC. A amplitude articular encontrava-se sem alterações, mantendo estabilidade passiva e ativa dentro dos limites funcionais. O cliente não apresentava equilíbrio estático nem dinâmico e a coordenação motora não foi possível de avaliar. A sensibilidade dolorosa encontrava-se preservada, e na avaliação da espasticidade, obteve 0/4 na Escala de Ashworth Modificada.

2.2. Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação e Plano de Intervenção


Conforme mencionado anteriormente, o plano de cuidados foi elaborado com base na CIPE, seguindo as orientações do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER e da Osteologia em Enfermagem. Esta metodologia possibilitou uma abordagem estruturada, centrada na pessoa e direcionada para a promoção da funcionalidade, autonomia e da transição segura.

A elaboração do plano teve início a partir da avaliação inicial, na qual foram identificadas as principais limitações e necessidades funcionais. Com base nessa análise e nos objetivos definidos em conjunto com a família, foram determinados cinco focos prioritários de intervenção: Degrutação; Espasticidade; Movimento Muscular; Expetora; e Ventilação. A seleção destes focos baseou-se na sua relevância clínica, no impacto sobre a funcionalidade global e no potencial de melhoria através da intervenção de ER.

Para cada foco identificado, foram formulados os diagnósticos de enfermagem correspondentes, definidas intervenções específicas e estabelecidos objetivos terapêuticos claros. Adicionalmente, foram selecionados instrumentos de avaliação adequados para acompanhar e medir a eficácia das intervenções ao longo do processo

de reabilitação. A organização e sistematização destes elementos encontram-se apresentados na Tabela 1, estruturadas de acordo com cada foco de atenção. O plano de intervenção detalhado, com a descrição das intervenções realizadas em cada dia, encontra-se apresentado em Apêndice (APÊNDICE IV).

Foco	Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Objetivos
Deglutição	Deglutição comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorar deglutição (Escala de GUSSE) • Executar técnicas de deglutição 	Deglutição não comprometida
	Critérios de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Não apresenta reflexo de vômito; • Não apresenta Sinais locais; • Não deglute a própria saliva. Instrumento de avaliação: Escala de GUSSE	<ul style="list-style-type: none"> • Gerar dieta • Planejar dieta • Estimular o paciente sobre inspeção da cavidade oral após as refeições • Instruir e treinar o cuidador para alcançar níveis de segurança 	Prevenir papel do cuidador; prevenir a aspiração
Espetores	Espetores, Agitação, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar e assistir a tosse • Incentivar a expectoração • Executar exercícios respiratórios 	Espetores efêcos
	Critérios de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Reflexo de inalação, acasalado de aspiração de secreções concomitante 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização costal anterior e bilateral • Realização abdominal diafragmática posterior • Realização das hemiscostas diafragmáticas • Abertura costal inferior bilateral • Técnica de drenagem postural modificada 	
Ventilação	Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de tosse • Incentivar e assistir a tosse • Incentivar a expectoração • Executar exercícios respiratórios 	Ventilação não comprometida
	Critérios de Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Presença de ruídos adventícios típicos • Tempo inspiratório curto • Tempo expiratório curto Instrumento de avaliação: Avaliação do tempo respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios técnicos de mobilização de secreções das vias aéreas • Inaladores/Inaladores nebulizadores (Complior Astax) • Aspirar secreções • Vigiar expectoração 	
Movimento Muscular	Movimento muscular diminuído ou limitado devido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular • Monitorar força muscular através de escala [Escala de Força da MBG] 	Movimento muscular aumentado



Estatuto do Enfermeiro de Reabilitação e Profissional Paralelo e associado a Acidente Vascular Cerebral | 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<p>Critérios de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição de movimento muscular no hemitórpo-direito <p>Instrumento de avaliação: Escala de Força MRC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Execução técnica de exercício muscular e articular nível-assistido (Membros inferiores [MI] direito) • Execução técnica de exercício muscular e articular nível-assistido (hemitórpo esquerdo) • Execução técnica de exercício muscular e articular passivo (Membros superiores [MS] direito) • Instruir e treinar o cuidador sobre exercícios músculo-articulares 	<p>Procurar papel do cuidador adulto associado de membros inferiores articular</p>
<p>Especificidade: Especificidade em geral restrição no movimento superior ativo</p> <p>Critérios de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aproximação normal do tônus muscular • Presença de espasticidade • Lesão cerebral <p>Instrumento de avaliação: Escala de Ashworth modificada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar espasticidade [tônus muscular] níveis de escala [Escala de Ashworth modificada] • Execução técnica de posicionamento em pedale anti-espástico (MS direito) • Execução técnica de relaxamentoAlongamento estático (MS direito) • Instruir e treinar o cuidador para posicionar em pedale anti-espástico 	<p>Atividade de especificidade:</p>

Tabela 1 – Plano de intervenção de ER centrado no cliente segundo o Modelo Documental dos Critérios de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e o Cuidado em Enfermagem

Para a implementação das intervenções de ER foram previamente definidos critérios de segurança, de modo a assegurar a realização dos exercícios de forma controlada e adequada à condição clínica do cliente. Estes critérios incluíram a presença de dor durante a execução dos movimentos, o respeito pelos planos e eixos fisiológicos articulares, o aumento da frequência cardíaca superior a 20 batimentos por minuto face ao valor basal, a redução da saturação periférica de oxigénio para valores inferiores a 91%, e o aumento da frequência respiratória acima dos 20 ciclos por minuto. A monitorização destes parâmetros foi realizada de forma contínua, em articulação com a equipa médica, garantindo a segurança e a estabilidade clínica ao longo de todo o processo de reabilitação.

3. RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos durante a implementação do plano de cuidados, analisados com base nos instrumentos de recolha de dados selecionados. O plano de reabilitação decorreu ao longo de quatro semanas, com treze sessões de 60 a 90 minutos, ajustadas à tolerância e condição clínica do cliente. As intervenções seguiram critérios de segurança definidos, como a dor, pulso e sinais fisiológicos de movimento, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio e frequência respiratória, sendo os exercícios adaptados conforme a evolução clínica e a resposta do cliente.

Durante o período de intervenção, só foi possível envolver a familiar e realizar uma sessão de educação e de capacitação do mesmo no último dia de contacto.

3.1. Resultados Primários

Relativamente à função motora e neurológica, apresentam-se de seguida os resultados obtidos (Tabela 2) a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados. Os resultados completos da intervenção, organizados por dia de atuação e parâmetros avaliados, encontram-se apresentados em Apêndice (APÊNDICE V).

Avaliação	Instrumento	Score						
		03/10/2025	07/10/2025	13/10/2025	17/10/2025	27/10/2025	31/10/2025	
Deglutição	GUSS	7/20	7/20	1/20	1/20	1/20	1/20	
Força Muscular	MBC	MS	1,5	2,5	2,5	2,5	2,5	3,5
	MI	3,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	
Espasticidade	Ashworth	MS	0,4	1,4	1,4	1,4	2,4	1,4
	Modificado	MI	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Tabela 2 – Resultados obtidos na função motora e neurológica a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados

Entre as avaliações realizadas, observou-se variações nos resultados dos instrumentos aplicados. Na avaliação da deglutição, através do GUSS, os resultados demonstram um aumento entre as primeiras avaliações, sendo diminuído nas avaliações subsequentes, mantendo-se esse valor até ao final do período. Relativamente à força muscular, avaliada pela Escala de Força MRC, registou-se nos membros superiores uma progressão de 1,5 na primeira avaliação para 3,5 na última, enquanto nos membros inferiores os valores se mantiveram estáveis entre 3,5 e 4,5 ao longo de todo o período. No que respeita à espasticidade, medido pela Escala de Ashworth Modificada, verificou-se nos membros superiores uma variação entre 0,4 e 2,4, com ligeiro aumento intermédio e redução final para 1,4. Nos membros inferiores, não se verificou presença de espasticidade.

A nível da função respiratória, durante o período de intervenção, verificou-se uma evolução favorável dos parâmetros respiratórios, como indica a Tabela 3.



Avaliação	Data		
	03/10/2025	17/10/2025	31/10/2025
Tosse	Ineficaz	Ineficaz	Eficaz
Expiração	Espessa	Fina	Sólida
	Parvula	Estroncada	Capacidade para mobilizar e expelir
	Isotona	Isotona	
	Capacidade para mobilizar não expelir	Capacidade para mobilizar, necessidade de ajuda a expelir	
Inspeção	Síntese de eficiência respiratória	Sem alteração	Sem alteração
	Morfologia do tórax	Normal	Normal
	Tipo	Torácica	Misto
	Ritmo	Arterial	Ritmo
Palpação	Aumento do sítio trico-vocal	Aumento do sítio trico-vocal	Fômites trico-vocal normal
	Auscultação	Suave	Suave
	Respiração superficial	Respiração superficial	Respiração superficial
Pericúria	Hiperressonância nos bases pulmonares	Hiperressonância nos bases pulmonares	Sem alteração
Auscultação	Murmúrio vesicular	Ausente nos bases pulmonares	Diminuído nos bases pulmonares
	Ruídos adventícios	Ruídos dispersos com maior incidência na expiração	Ruídos dispersos com maior incidência na expiração
Oxigenoterapia suplementar	2 litros por minuto – Clima úmido	1 litro por minuto – Clima úmido	Sem oxigenoterapia suplementar
Gasometria arterial	PaO ₂	66,2	86,6
	Paco ₂	38,5	31,2
	Saturação de O ₂	91,5 %	95,4
Inspeção torácica	Radiografia	- Elevação de ombros as hemiâmpulas	- Elevação de ombros as hemiâmpulas
		- Obliquidade das escostas	- Maior verticalização dos arcos costais
		- Redução do espaço intercostais	- Espaço intercostais sem alterações
		- Condensação pericardíaca de todo a base pulmonar	- Líquido condensação no espaço costal, bilateralmente

Tabela 3 – Resultados obtidos na físico respiratória a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados

4. DISCUSSÃO

A análise global dos resultados obtidos permite refletir sobre a eficácia e os limites das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas ao longo do período de estudo. Durante o período de intervenção, verificaram-se flutuações nos parâmetros de deglutição, força muscular e espasticidade.

Os resultados relativos à função motora sugerem que as intervenções realizadas tiveram um impacto positivo na força muscular, evidenciado pelo progresso gradual dos valores obtidos na Escala de Força Muscular da MRC, sobretudo nos membros superiores. Este dado demonstra uma evolução favorável da capacidade motora, ainda que gradual, refletindo uma resposta funcional consistente às atividades de mobilização e fortalecimento muscular. No entanto, observou-se o aparecimento de espasticidade no membro superior direito, avaliada pela Escala de Ashworth Modificada. A espasticidade de membros superiores, do hemisfério afetado, apresentou oscilações, com aumento ligeiro a meio do período e redução na avaliação final, enquanto os membros inferiores mantiveram ausência de espasticidade. Este resultado, apesar das intervenções realizadas, poderá ser justificado pelos intervalos existentes entre as sessões e pela impossibilidade de manter uma intervenção mais sistematizada e contínua. A irregularidade na frequência das sessões pode ter contribuído para a oscilação do tônus muscular e para o desenvolvimento de resistência ao movimento passivo.

Relativamente à força muscular e à espasticidade, os resultados obtidos nesta RCC vão ao encontro das evidências apresentadas por Farias et al. (2024), cuja revisão sistemática conclui que a mobilização precoce, incluindo a mobilização passiva associada a outras técnicas de reabilitação, contribui para a redução do tempo de internamento e para a melhoria da mobilidade funcional. No entanto, os autores referem que a eficácia destas intervenções depende de fatores como a técnica utilizada, a intensidade e o momento de início da mobilização, o que pode justificar as variações observadas neste caso clínico (Farias et al., 2024). Lopes (2019) reforça ainda que a mobilização do membro superior em doentes pós-AVC, contribui para a diminuição da incapacidade, prevenção de complicações e estimulação da socialização, salientando que a redução de atividade e da força muscular favorece o aumento da espasticidade.

Relativamente à deglutição, os dados obtidos através da Escala GUSS sugerem que a intervenção não produziu os efeitos esperados. Os resultados da GUSS indicaram uma variação do risco de disfagia ao longo das avaliações, com uma melhoria inicial seguida de regressão nas pontuações subsequentes, sugerindo instabilidade na capacidade de deglutição durante o período observado. Devido a esta evolução, e considerando o aumento do risco de aspiração, optou-se pela entubação nasogástrica para garantir o aporte nutricional e hídrico necessário e prevenir complicações respiratórias. Em consequência, os treinos de deglutição foram suspensos, com o intuito de ser retomados quando o cliente voltasse a apresentar condições clínicas adequadas para a sua realização, pelo que nunca se sucedeu durante o restante internamento.

Esta ausência de melhoria pode estar relacionada com a idade do cliente e deterioração do estado clínico do cliente, relacionada com a suspeita de aspiração, que implicou a suspensão temporária dos treinos de deglutição após decisão conjunta de equipa multidisciplinar, composta pelo enfermeiro de reabilitação, médico e terapeuta da fala, o que está em consonância com as conclusões da revisão sistemática de Jin et al. (2023). Os autores identificaram que fatores como idade avançada e presença de aspiração estão associados a uma recuperação menos favorável da função de deglutição (Jin et al., 2023). Tendo em conta que o cliente apresentava alguns destes fatores, nomeadamente a necessidade de entubação nasogástrica e alterações clínicas significativas, como presença de secreções, estes dados podem justificar a evolução limitada observada no processo de reabilitação da deglutição. A relação entre a função respiratória e a deglutição assume particular relevância no contexto da reabilitação pós-AVC. Segundo W. Zhang et al. (2022), o treino dos músculos respiratórios é eficaz na redução do risco de complicações respiratórias e na melhoria da disfagia, contribuindo para diminuir a penetração e aspiração durante a deglutição de líquidos (W. Zhang et al., 2022). Estes achados sustentam a importância da continuidade de um programa de reabilitação respiratória associado às técnicas específicas de treino da deglutição, uma vez que a combinação de ambas as intervenções, podem potenciar ganhos funcionais e produzir efeitos positivos a longo prazo (W. Zhang et al., 2022). Neste caso clínico, a evolução favorável da ventilação e da capacidade de expectoração sugere que a integração progressiva destas abordagens poderá contribuir para uma recuperação mais completa da função de deglutição.

No que respeita à função respiratória, os resultados apontam para uma melhoria da capacidade ventilatória, observada através da evolução clínica e dos achados da avaliação física. Embora não tenha sido possível recorrer a testes específicos de avaliação respiratória, devido à falta de recursos materiais e à dificuldade do cliente em cumprir instruções complexas, os dados recolhidos sugerem uma redução da quantidade e viscosidade da expectoração, bem como uma maior capacidade para a sua mobilização e expulsão. Adicionalmente, verificou-se uma melhoria no controlo do padrão respiratório, com aumento da eficiência ventilatória e estabilização dos parâmetros observados.

Os resultados obtidos neste caso clínico, que evidenciam uma melhoria da capacidade ventilatória e da eficácia da expectoração, vão ao encontro das conclusões apresentadas por estudos recentes sobre o treino dos músculos respiratórios em clientes pós-AVC, ainda que os artigos específicos sobre pneumonia por aspiração pós-AVC sejam escassos, uma vez que, há estudos que observam os efeitos do treino muscular respiratório em populações com défices neurológicos. Por exemplo, um estudo sobre treino muscular respiratório em indivíduos pós-AVC, induziu benefícios na capacidade pulmonar e na eficiência ventilatória (Noto et al., 2020).

A literatura demonstra que o treino respiratório contribui para o aumento da força muscular respiratória, melhoria da função pulmonar e da capacidade funcional global, reduzindo o risco de complicações respiratórias (Deme et al., 2022; Zhang et al., 2024). Outros autores sugerem que a combinação de treino inspiratório e expiratório potencia a recuperação funcional de forma mais eficaz do que o treino isolado (Zhang et al., 2024). Estes resultados

sustentam a importância de manter uma abordagem reabilitadora respiratória contínua e estruturada, capaz de consolidar ganhos funcionais e reduzir complicações associadas, ainda que a literatura destaque a necessidade de estudos adicionais de maior qualidade metodológica para reforçar a evidência disponível.

Por fim, relativamente aos resultados secundários, avaliados através do questionário FROM-16, registou-se uma diminuição de um ponto na pontuação total, sugerindo um menor impacto da doença do cliente na perceção familiar entre as duas avaliações. No entanto, verificou-se um aumento na dimensão emocional e uma redução na dimensão de vida pessoal e social. Este padrão poderá ser explicado pela ausência de uma intervenção dirigida à família, à exceção do último dia de intervenção, condicionada pela impossibilidade dos familiares se deslocarem ao serviço durante o período de reabilitação do cliente, o que poderá ter limitado o suporte emocional e a adaptação global ao processo de doença.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação dirigida à família constitui um elemento central na manutenção do impacto que a doença exerce sobre o sistema familiar. Segundo a RNAO (2015), o envolvimento ativo da família no processo de cuidados promove uma melhor adaptação às alterações de saúde, reforça a capacidade de coping e contribui para a sustentabilidade da mobilização no domicílio. Da igual modo, Wright & Leahy (2006) defendem que a família deve ser considerada como unidade de cuidado, sendo essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação terapêutica que inclua comunicação aberta, apoio emocional e capacitação para o autocuidado e para o cuidado ao outro. Através da adoção terapêutica e do acompanhamento sistemático, o enfermeiro de reabilitação contribui para reduzir a sobrecarga e a ansiedade dos cuidadores, aumentar a confiança e promover a autonomia, favorecendo a recuperação funcional da pessoa e o bem-estar familiar (RNAO, 2015; Wright & Leahy, 2006). Assim, a intervenção centrada na família, ancorada numa prática colaborativa e empática, trata-se num contributo significativo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o fortalecimento das redes de apoio no processo de reabilitação.

A análise dos resultados obtidos neste caso clínico pode ser interpretada à luz das recomendações da RNAO, "People- and Family-Centred Care" e "Transitions in Care and Services". A primeira enfatiza a importância de reconhecer a pessoa e a família como parceiras ativas no processo de cuidados, promovendo a comunicação terapêutica, a partilha de decisões e o respeito pelos valores, necessidades e preferências individuais (RNAO, 2015). No presente caso, a intervenção foi centrada nas necessidades do cliente, que foram identificadas com base nas informações prestadas pela família, uma vez que o cliente não possuía capacidade de comunicação que permitisse expressar as suas próprias necessidades. A participação familiar ocorreu de forma mais direta apenas no último dia de contacto, aquando do início do processo de transição de cuidados. Nessa ocasião, foi realizada uma sessão com a esposa, com o objetivo de envolver a cuidadora principal na preparação para a continuidade da reabilitação e na adaptação à nova unidade onde o cliente seria transferido. Apesar deste esforço pontual, os resultados do questionário FROM-16 evidenciaram ligeiro agravamento no domínio emocional da família, o que

reforça a importância de intervenções familiares mais precoces e sistematizadas, conforme preconizado pelo RNAO, que recomanda o envolvimento contínuo dos cuidadores ao longo de todo o processo de reabilitação.

No que concerne às recomendações “Transition in Care and Services”, estas sublinham a importância de uma transição planeada, segura e colaborativa entre diferentes contextos de cuidados, assegurando a continuidade e a coerência das intervenções de reabilitação (RNAO, 2023). Neste caso, a necessidade de transferência do cliente para outra unidade traduziu-se num momento crítico de transição, no qual a intervenção de enfermagem procurou garantir a comunicação eficaz entre equipas e preparar a família para o novo contexto terapêutico. Foi realizada uma referência completa para a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, de forma a assegurar que toda a informação clínica e funcional relevante estivesse disponível para a equipa receptora, promovendo a continuidade do plano de cuidados e da intervenção de reabilitação. A articulação entre os profissionais envolvidos, ainda que limitada pelo tempo disponível e pela condição clínica do cliente, revelou-se essencial para a preservação dos ganhos funcionais alcançados e para a promoção de uma adaptação progressiva ao novo ambiente de cuidados.

A implementação deste RCC constituiu uma oportunidade significativa para o desenvolvimento e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em ER, das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem. A complexidade clínica do cliente, marcada pelo défice motor, pela alteração da deglutição e pelo comprometimento respiratório, possibilitou a aplicação integrada de conhecimentos científicos e técnicos no âmbito da reabilitação motora, neurológica e respiratória. O processo permitiu desenvolver competências específicas como a capacidade de avaliar de forma sistemática a funcionalidade e a limitação da atividade, planejar intervenções individualizadas que promovam a readaptação funcional e a autonomia, implementar estratégias terapêuticas adequadas à condição clínica e avaliar continuamente os resultados obtidos.

Paralelamente, foram mobilizadas as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente a tomada de decisão clínica baseada na evidência, a liderança na gestão de cuidados, a supervisão e apoio à equipa de enfermagem, a responsabilidade ética e legal e a promoção de ambientes de prática segura e de qualidade. O trabalho interdisciplinar e a articulação com outros profissionais de saúde reforçaram ainda a competência de colaboração interprofissional, essencial para uma abordagem centrada na pessoa.

No domínio das competências do grau de Mestre, este caso clínico favoreceu o desenvolvimento de capacidades de investigação aplicada, de pensamento crítico e reflexivo, e de integração do conhecimento científico na prática clínica. A análise dos resultados e o reflexo contínuo sobre o processo de cuidados permitiram consolidar a competência de produzir, aplicar e disseminar conhecimento que contribua para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim, esta experiência constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem avançada, traduzindo-se num reforço efetivo da autonomia profissional e da identidade de enfermeiro especialista e mestre em ER.



A realização deste RCC contribuiu de forma expressiva para a melhoria do cuidar em ER, ao promover uma prática reflexiva e centrada nas reais necessidades da pessoa no processo de recuperação. A experiência permitiu retribuir a importância da avaliação sistemática e contínua como base para a adaptação das intervenções e para a definição de objetivos realistas e individualizados. Paralelamente, reforçou a relevância da colaboração entre profissionais de diferentes áreas, evidenciando que a intervenção integrada potencia melhores resultados funcionais e de bem-estar. Do ponto de vista formativo, o RCC proporcionou um aprofundamento do conhecimento teórico-prático, incentivando a utilização de instrumentos de avaliação padronizados e o desenvolvimento de competências na comunicação clínica, na educação terapêutica e na promoção da autonomia e independência da pessoa.

Durante o desenvolvimento do plano de cuidados, emergiram diversas dificuldades que exigiram reflexão e adaptação. A irregularidade das sessões e as limitações de recursos materiais constituíram constrangimentos à implementação de uma intervenção mais sistematizada e contínua, particularmente no tópic de deglutição e nas estratégias de reabilitação motora. A deterioração intermitente do estado clínico do cliente implicou ajustes constantes no plano de cuidados e à intensidade das intervenções. Face a estas limitações, foram definidas estratégias que privilegiaram a flexibilidade, a priorização de objetivos e a comunicação permanente com a equipe multidisciplinar, garantindo a segurança e o bem-estar do cliente. Esta experiência reforçou a importância da capacidade de adaptação, da tomada de decisão clínica sustentada e do gestão eficiente dos recursos disponíveis, competências essenciais ao exercício autónomo e especializado do enfermeiro de reabilitação.

De forma geral, os resultados obtidos evidenciam progressos em algumas dimensões funcionais e estabilidade rotina, refletido tanto a eficácia parcial das intervenções implementadas como as limitações impostas pelo contexto clínico e organizacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise deste RCC evidenciou a complexidade de processo de reabilitação de uma pessoa após um AVC, com comprometimento neurológico, motor e respiratório. Observou-se melhoria da força muscular e da função respiratória, com ventilação mais eficaz e menor expectoração. No entanto, surgiu espasticidade nos membros superiores, indicando necessidade de intervenção mais regular. A deglutição não apresentou melhorias significativas, o que se relaciona com a deterioração do estado clínico e resultou na necessidade de entubação nasogástrica. Quanto ao impacto familiar, deu-se uma ligeira redução global, destacando a importância do envolvimento contínuo da família no processo de reabilitação.

Em termos metodológicos, o RCC apresentou algumas limitações que importa reconhecer. A irregularidade das sessões e a escassez de recursos materiais condicionaram a implementação de uma intervenção mais estruturada e a aplicação de instrumentos de avaliação complementares. Adicionalmente, a condição clínica do cliente, com limitações cognitivas e de comunicação, restringiu a participação ativa na definição dos objetivos de reabilitação, exigindo que as necessidades fossem identificadas com base nas informações prestadas pela família. A ausência de um acompanhamento familiar regular e de um período de observação mais alargado limitou igualmente a possibilidade de avaliar o impacto das intervenções a médio e longo prazo.

Apesar destas limitações, o caso clínico contribuiu de forma relevante para o corpo de conhecimento em ER, evidenciando a importância da avaliação contínua, da personalização dos cuidados e da articulação multidisciplinar no processo de recuperação funcional. Os resultados reforçam a pertinência das recomendações internacionais como as do RENO, salientando a necessidade de estratégias que envolvam ativamente a pessoa e a família e assegurem transições seguras e coordenadas entre contextos de cuidados.

No âmbito da investigação em ER, este caso destaca a necessidade de desenvolver estudos que explorem a eficácia de intervenções sistematizadas e continuadas, bem como o impacto do envolvimento familiar na recuperação funcional e na adaptação psicossocial. O aprofundamento do conhecimento nesta área permitirá fundamentar práticas baseadas na evidência e consolidar o papel do enfermeiro especialista enquanto profissional autónomo, capaz de liderar processos de reabilitação complexos e centrados na pessoa.

Em síntese, este RCC reforça a relevância da prática de ER enquanto área especializada, centrada na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida da pessoa e da sua família. Demonstra ainda que a reabilitação é um processo dinâmico e colaborativo, que exige rigor científico, reflexão contínua e integração de conhecimentos, contribuindo para a evolução da profissão e para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S. B. de, Ruff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Tema & Contexto - Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Balmain, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater Reliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/10.1093/PT/67.2.206>
- Chang, M. C., Choo, Y. J., Seo, K. C., & Yang, S. (2022). The Relationship Between Dysphagia and Poststroke in Acute Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Neurology*, 11, 834240. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.834240>
- Deme, S., Lamba, D., Alamer, A., Melese, H., Aylmalem, S., Imara, D., & Abebe, T. (2022). Effectiveness of Respiratory Muscle Training on Respiratory Muscle Strength, Pulmonary Function, and Respiratory Complications in Stroke Survivors: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Degenerative Neurological and Muscular Disease*, 12, 75–83. <https://doi.org/10.2147/DND.S348736>
- Donkor, E. S. (2018). Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Research and Treatment*, 2018(1). <https://doi.org/10.1155/2018/3238165>
- Duarte, J. C., Gonçalves, A. M., & Sequeira, C. (2022). Metodologia de Investigação Quantitativa. In M. Neri & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática* (1.ª ed., pp. 15–50). Lidel.
- Farias, D. C. O. da, Santos, G. H. M., Santos, K. R. dos, & Silva, J. B. F. da. (2024). O efeito da mobilização precoce em pacientes pós-avc. *Revista A*, 29(41), 17–18. <https://doi.org/10.65948/revistaaf/d10202412091517>
- Ferreira, A. M. de S., Penedeira, L., Ventura, I. M., Gracias, A. M. B., Marques, J. M. F., & Dos Reis, M. G. M. (2018). The gagging/swallowing screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 85–94. <https://doi.org/10.12707/RIV17080>
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(5), 38–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.008>
- Guidanno, L. F., Rossi, L. A., & Zapp, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11892003000300016>
- Gelies, C. J., Berra, M. K. A., Finlay, A. Y., & Salók, S. (2014). The development and validation of the Family Reported Outcome Measure (FROM-16) to assess the impact of disease on the partner or family member. *Quality of Life Research*, 23(1), 317–326. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0457-y>
- Hoernari, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4.ª ed.). Lusitânica.

- Jin, X., Shang, S., Dong, H. Y., Liu, M., Li, D., & Xiao, Y. (2023). Predictors of recovery from dysphagia after stroke: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 12(2), 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.02.002>
- John Simpson, A., Allen, J. L., Chatwin, M., Crawford, H., Elverson, J., Ewan, V., Forster, J., McMillan, R., Plesna, I., Renton, K., Todd, H., Thomas, R., & Legg, J. (2023). BTS clinical statement on aspiration pneumonia. *Thorax*, 78(Suppl 1), 3–21. <https://doi.org/10.1136/THORAX-2022-219699>
- Kwakkel, G., Stinear, C., Essers, B., Mancos-Nowa, M., Bunschick, M., Cebanas-Vázquez, R., Lašćević, S., Lamproussou, S., Laff, A. R., Marques, P., Moore, S. A., Solomon, J. M., Swinnen, E., Turilla, A., Ali Murphy, M., & Verheyden, G. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *European Stroke Journal*, 3(4), 880–894. <https://doi.org/10.1177/23969873231191303>
- Li, L., Liu, R., He, J., & Li, J. (2024). Effects of threshold respiratory muscle training on respiratory muscle strength, pulmonary function and exercise endurance after stroke: a meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 33(8). <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.107837>
- Lopes, A. S. P. (2019). *Reabilitação Funcional Do Membro Superior Em Doentes Pós-AVC: Revisão Sistemática de Literaturas* [Tese de mestrado em Enfermagem de Reabilitação] Repositório do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/19675>
- Mark, P. E. (2001). Aspiration Pneumonitis and Aspiration Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 344(9), 665–671. <https://doi.org/10.1056/NEJM200103013440908>
- Neto, F. F., Nascimento, J. dos S., De Jesus, A. C. C., Barana, L., & Ribeiro, N. M. da S. (2020). Efeitos do treinamento muscular respiratório em pacientes após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Fisioterapia*, 30(4), 754–765. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v30i4.3023>
- Niederman, M. S., & Cilloniz, C. (2022). Aspiration pneumonia. *Revista Española de Geriatrias y Gerontología*, 55(Suppl 1), 73–77. <https://doi.org/10.37201/REQS0117.2022>
- OE. (2024). *Ortologia em Enfermagem*. <https://ortologia.ordenenfermeiros.pt/Browser>
- OE. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação das Cuidadas Especializadas em Enfermagem de Reabilitação*. OE. https://www.ordenenfermeiros.pt/arquivos/colecoes/Documents/2017/InsRecolhaDadosDocif%20Instit%20CuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- OE. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. OE. https://www.ordenenfermeiros.pt/media/5441/gobp_resbilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_moodr_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-ora.pdf
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. *Diário da República, Série II(85)*. <https://diarioderepublica.pt/di/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>



- Biley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angere, T., Tugwell, P., Kinn, H., Hoffland, M., Altman, D. G., Son, H., Wirthmann, P. G., Micher, D., Rison, R. A., Szamser, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanway, F., Sodik, N. L., Kozkin-Betag, M., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, *89*, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- RNAO. (2015). *Person-and Family-Centred Care*. RNAO. <https://rno.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>
- RNAO. (2023). *Transitions in Care and Services* (2ª ed.). RNAO. <https://rno.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>
- Shah, R., Finley, A. Y., Salek, M. S., Allen, H., Nixon, S. J., Nixon, M., Ottembe, K., Ali, F. M., & Ingram, J. R. (2024a). Responsiveness and minimal important change of the Family Reported Outcome Measure (FROM-16). *Journal of patient-reported outcomes*, *8*(1). <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00705-1>
- Shah, R., Finley, A. Y., Salek, M. S., Allen, H., Nixon, S. J., Nixon, M., Ottembe, K., Ali, F. M., & Ingram, J. R. (2024b). Responsiveness and minimal important change of the Family Reported Outcome Measure (FROM-16). *Journal of Patient-Reported Outcomes*, *8*. <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00705-1>
- Shah, R., Finley, A. Y., Salek, S. M., Nixon, S. J., Ottembe, K., Ali, F. M., & Ingram, J. R. (2023). Meaning of Family Reported Outcome Measure (FROM-16) severity score bands: a cross-sectional online study in the UK. *BMC Open*, *13*(3). <https://doi.org/10.1186/bmjopen-2022-066168>
- Shah, R., Salek, M. S., Finley, A. Y., Kay, R., Nixon, S. J., Ottembe, K., Ali, F. M., & Ingram, J. R. (2024). Mapping of Family Reported Outcome Measure (FROM-16) scores to EQ-5D: algorithm to calculate utility values. *Quality of Life Research*, *33*(4), 1107–1118. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03590-z>
- Silva, L. A. G. P. da, & Marcolí, N. N. A. da. (2018). Multiple case study applied in nursing research: a case report. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(3), 1194–1197. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0086>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Calócia, S. (2023). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Graduação de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa no Longo da Vida* (pp. 113–121). Lusitânica.
- Teramoto, S. (2022). The current definition, epidemiology, animal models and a novel therapeutic strategy for aspiration pneumonia. *Respiratory Investigation*, *60*(1), 45–55. <https://doi.org/10.1016/j.ri.2021.09.017>
- Trupl, M., Enderle, F., Nowotny, M., Tenschl, Y., Matz, K., Dacherhausen, A., & Braun, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gagging-swallowing screen. *Stroke*, *38*(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.481935> WCROUPT*STRING PUBLICATION



- Zhang, W., Pan, H., Zong, Y., Wang, J., & Xie, Q. (2022). Respiratory Muscle Training Reduces Respiratory Complications and Improves Swallowing Function After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 103(9), 1179–1191. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.10.020>
- Zhang, Y. S., Zhang, K., Huang, L., Wei, J. X., Bi, Z. T., Xiao, J. H., Huang, J., Luo, C. S., Li, Y. D., & Zhang, J. M. (2024). The effects of respiratory muscle training on respiratory function and functional capacity in patients with early stroke: a meta-analysis. *European Review of Aging and Physical Activity*, 20(4), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s11556-024-00338-7>



APÊNDICES



APÊNDICE I – Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo



Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

C.ema, Senhora Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA

Pedido para realização de Relato de Caso Clínico em contexto de estágio

O estudante Tiago Alexandre Filipe Branco, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 2º ano, 1º semestre, da Escola Superior de Saúde Atlântica, solicita a vossa análise para a realização de um estudo inserido no âmbito do Estágio Profissionalizante inserido no Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob orientação de Professor Doutor Luís Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Ana Rodrigues.

Título do estudo: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Pneumonia por Aspiração Pós-Acidente Vascular Cerebral

Enquadramento: O presente estudo enquadra-se no âmbito do Estágio Profissionalizante a decorrer no Serviço de Medicina – Piso 3 da Unidade Local de Saúde do Algarve. A pneumonia por aspiração constitui uma preocupação significativa nos serviços de medicina interna, especialmente em populações idosas e em doentes com alterações neurológicas, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC)³. Trata-se de uma condição que se encontra frequentemente associada à gravidade do AVC, sendo comum em doentes com défices motores e disfagia. Esta problemática tem um impacto considerável na mortalidade, na morbilidade e na utilização dos recursos de saúde, exigindo uma intervenção de Enfermagem de Reabilitação direcionada e baseada em evidência⁴.

Metodologia: Relato de Caso Clínico segundo as orientações da CNRE de Évora⁵, que segue em anexo ao pedido. A recolha de dados será feita por entrevista não estruturada, não sendo objeto de análise durante o decorrer do estágio (9 de setembro a 30 de dezembro de 2025). (Anexo do guião de entrevista). O objetivo do estudo é descrever os resultados da implementação de um programa de Reeducação Funcional Respiratória e Motora à pessoa com Pneumonia por aspiração após Acidente Vascular Cerebral internada num serviço de Medicina Interna. A amostra deste estudo é intencional, sendo constituída por um único participante que cumpre os critérios de inclusão definidos: pessoa com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral e pneumonia por aspiração, internada no Serviço de Medicina Interna.

Explicação do estudo: Este estudo trata-se de um Relato de Caso clínico, de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em Enfermagem de Reabilitação. A recolha de dados será feita de uma forma descritiva no processo de cuidados, por entrevista não estruturada, que não será alvo de análise, e serão utilizados instrumentos/testes de avaliação (que se encontram em anexo) para identificar as necessidades, alterações nos processos cognitivos e processos de transição que está a viver e que podem ser alvo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Os instrumentos de avaliação a utilizar serão: Gugging Swallowing Scale, Escala de Barthel, Escala de Borg-Modificadas – Avaliação da Dor e Perceção

¹ <https://www.unicef.org/ethics/declaracao-de-helsinki>

² <https://www.unhcr.org/refugees/article/1980/05/19800501.html>

³ <https://doi.org/10.1016/j.ri.2018.08.001>

⁴ <https://doi.org/10.1016/j.ri.2018.08.001>

⁵ <https://www.unicef.org/ethics/declaracao-de-helsinki>



Subjetiva de Esforço, Escala de Equilíbrio de Berg, Escala de Ashworth modificada, Escala Timed Up-and-Go Test, Teste de Marcha de 6 minutos, Medical Research Council Muscle Scale e o Questionário Medida dos resultados relatados pela família (FROM - 14). Não se identificará nome para a pessoa que aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que isto haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais. A análise dos dados é descritiva. 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.

Condições e financiamento: A participação no Relatório de Caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outra. Se decidir participar, poderá sempre interromper a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste Relatório de Caso Clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. As informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial e anónima, de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). Os dados serão guardados e utilizados apenas para os fins deste estudo e serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relatório de caso (20/06/2026). Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes no estudo.

Obrigado pela sua disponibilidade.

Tiago Alexandre Filipe Branco (n.º 202490076)

Contacto: 963 347 204

Email: 202490076@uaatl.pt

Investigador Principal:



APÊNDICE II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

de acordo com a Declaração de Helsinque¹ e a Convenção de Oviedo²

Está a ser convidado a participar num estudo de investigação. Antes de decidir, é importante que compreenda o propósito do estudo, o que será pedido que faça, e quais são os riscos e benefícios potenciais. Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Só considerar que não está claro, 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: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Pneumonia por Aspiração Pós-Acidente Vascular Cerebral

Investigador responsável: Tiago Alexandre Filipe Branco

Contacto: 852 247 204 / Email: 202490376@ua.pt

Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica

Instituição proponente: Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, Lisboa.

Este estudo teve a aprovação da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, dando cumprimento ao Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD), respeitando as regras de privacidade dos participantes no estudo/projeto e garantindo a segurança e confidencialidade das informações recolhidas, tendo em conta a Declaração de Helsinque¹ e a Convenção de Oviedo².

Inquadramento: O presente estudo enquadra-se no âmbito do Enfoque Profissionalizante a decorrer no Serviço de Medicina – Piso 2 da Unidade Local de Saúde de Alameda.

A pneumonia por aspiração constitui uma preocupação significativa nos serviços de medicina interna, especialmente em populações idosas e em doentes com alterações neurológicas, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC)³. Trata-se de uma condição, que se encontra frequentemente associada à gravidade do AVC, sendo comum em doentes com défices motores e de deglutição. Esta problemática tem um impacto considerável na mobilidade, na mortalidade e na utilização dos recursos de saúde, exigindo uma intervenção de Enfermagem de Reabilitação direcionada e baseada em evidência⁴.

Justificação do estudo: Este estudo tem como objetivo descrever os resultados da implementação de um programa de Reeducação Funcional Respiratória e História à Pessoa com Pneumonia por aspiração após Acidente Vascular Cerebral internada num serviço de Medicina Interna.

Solicita-se a participação neste estudo 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 não estruturada, não sendo sujeita a análise durante o decorrer do estudo (9 de setembro a 20 de dezembro de 2025), e serão utilizados instrumentos/escalas de avaliação para identificar as necessidades, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a

¹ <https://www.unhcr.org/refugees/article/1964/01/01/1964-01-01-declaration-of-helsinki-principles-of-the-ethical-principles-of-medical-research-involving-human-subjects.html>

² <https://www.unhcr.org/refugees/article/1989/01/01/1989-01-01-convention-on-human-rights-and-bio-medicine.html>

³ <https://doi.org/10.1016/j.ri.2015.03.002>

⁴ <https://doi.org/10.1016/j.ri.2015.03.002>



vivenciar e que podem ser alvo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste estudo de Relato de Caso, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre Autocuidado, Equilíbrio Corporal, Espiritos, Exatidão, Deglutição, Inscrição à Atividade, Limpeza das Vias Aéreas, Movimento Muscular, Ventilação e Stress do Prestador de Cuidado, contribuindo para a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente que aceite ou recuse participar no estudo de caso na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e Recompensas: A sua participação no estudo de caso é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outra. Se decide participar, poderá sempre interromper/desistir qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

Confidencialidade e anonimato: Neste Relato de Caso Clínico está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. As informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial e anónima, de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). Os dados serão guardados e utilizados apenas para os fins deste estudo e serão eliminados definitivamente até 30 dias após a avaliação final do relatório de caso (20/06/2026). Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa condicionar a identificação dos intervenientes no estudo.

Étalo obrigado pela sua disponibilidade.

Tiago Alexandre Filipe Branco, Mestrando em Enfermagem de Reabilitação

Contacto: 963 347 204

Email: 262490378@ua.pt



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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 cuidadosamente a informação de consentimento informado, que a considero explícita e concordo com o seu conteúdo, pelo que aceito participar neste estudo. Não confirmo que me foi garantido o direito de desistir a qualquer momento deste estudo, sem qualquer prejuízo para mim, e que os dados que venham a ser recolhidos serão anónimos e confidenciais, dando cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e na sua Lei de Execução Nacional.

Data: ____/____/202__

Assinatura do participante:

Investigador Principal:

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

Nome: _____

BICC nº: _____ Data de Validade ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Data: ____/____/202__

Assinatura do Representante:

Este documento é composto de (7) páginas e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

38



APÊNDICE III – Avaliação Inicial



AVALIAÇÃO INICIAL

Data: 03 / 10 / 2025

Síntese Clínica

Diagnósticos clínicos principais: Acidente Vascular Cerebral isquêmico da Artéria Cerebral Média esquerda

Antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistólica, sendo realizada uma Ressonância Axial da Base do Crânio, hipertensão arterial, transplante de rim, Acidente Isquêmico transitório, sendo realizado um paracetamol de auto cuidado como sequelas, hipovitaminose

Antecedentes familiares relevantes:

Limitação física porvir ao evento:

Medicação habitual:


- Acorvastatin 40mg
- Acido Acetilsalicílico 100mg
- Amelodipina 5mg

Alergias: Suspeita de alergia a inibidores de enzimas conversoras de angiotensina

Contexto Sociofamiliar e Ambientais

Agregado Familiar: Esposa, Filho e dois netos

Pessoa de referência: Esposa

 Conselho de Enfermagem de Reabilitação Pessoa com Paralisia associada a Acidente Vascular Cerebral 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
Tipologia de habitação: Meio urbano, apartamento (4º andar)	Acessos: Escadas, elevador, portas largas, corredores largos, presença de obstáculos, como tapetes e móveis, e iluminação adequada
Ajuda técnica: Necessária	
Condições da WC: Banheira	Condições da Quarto: cama de casal não articulada com colchão simples, sem grades

Nível de Escuridão: 4º ano

Profissão: Referencial (Doutor – anexo 4)

Exame físico geral

Pele Estado de hidratação: Sem Coloração: Normal Integridade: Inteira Feridas: Sem feridas Risco de queda por Pressão (Bradley): 8 - Risco elevado Risco de Queda (Morse): 35 - Risco moderado	Dispositivos <ul style="list-style-type: none"> • Sonda venosa • Cateter Vesical Periférico
Dieta: sem via oral segura Alterações na deglutição <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade a Líquidos e sólidos, sem intenção para alimentação e hidratação por via oral GU88: 2/20 Pressão: Não avaliado Albumina: Não avaliado IMC: Não avaliado	Próteses <ul style="list-style-type: none"> • Sem próteses

Exame Neurológico

Consciência: Vigil Escala de Glasgow: 10 <ul style="list-style-type: none"> • Abertura ocular: 3 - À voz • Resposta verbal: 1 - Nenhum • Resposta Motora: 5 - Localiza dor 	Linguagem <ul style="list-style-type: none"> • Hipocinesia moderada • Afasia Global
Orientação: Não foi possível avaliar	
Atenção: mantida (Dirige olhar)	
Memória: Não avaliado	

Exames Físicos

Tensão Arterial	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Temperatura	Outro
145/78 mmHg	73 bpm	15 rpm	37,8 °C	D (Escala: Escala de Inceit)

Glicémia capilar: 125 mg/dl

Sinal e sintomas de patologia respiratória:

Dispnéia	Sem alterações
Tosse	Aguda
Expectoração	Espessa Purulenta Incolora

Análise da Função Respiratória

Inspeção	Alteração de coloração da pele e mucosas: sem alterações Alterações do fôlego: sem alterações Utilização dos músculos acessórios: não utiliza Alterações dos membros superiores: sem alterações Alterações nos membros inferiores: sem alterações Morfologia do tórax: Normal Tipo: torácica Simetria: simétrica Ritmo: regular Frequência: Não apresenta Pulsões respiratórios: Costal
Palpação	Posição da frequência: ventral Fribos táctil: normal aumentado Sem pontos dolorosos e sensações de leve normal Amplitude: superficial Simetria: Assimétrica
Percussão	Médica e hiperresonância nos lóbulos pulmonares
Auscultação	Murmúrio vesicular aumentado nos lóbulos pulmonares Ruídos adventícios: presença de ruídos dispersos com maior incidência na expiração modificáveis com tosse
Oxigenoterapia suplementar	2 litros por minuto – Circuito nasal
Gaseometria	pH: 7,44 PaCO ₂ : 35,5 PaO ₂ : 66,2 (dependente) Saturação: Saturação Periférica de Oxigênio: 95,8 %



Imagologia	Radiografia torácica: - Flexão das hemifalanges - Obliteração dos arcos costais - Redução dos espaços intercostais - Condensação
-------------------	--

Análise Motora e Sensitiva

Força Muscular	Membro superior	Lado direito	Lado esquerdo
	Membro inferior	3/5	3/5
Amplitude articular	Sem alterações na amplitude articular		
Equilíbrio	Não apresenta equilíbrio estático e dinâmico		
Coordenação motora	Escala de Berg 0		
Marcha	Sem capacidade de marcha		
Sensibilidade	Agressora sensibilidade dolorosa: Normal		
Espasticidade	0-4 (Ashworth)		

Análise Funcional (Barthel)

Alimentação	0 – Dependente
Transferência	0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado
Baixe	0 – Dependente, necessita de alguma ajuda
Colocação do HC	0 – Dependente
Banho	0 – Dependente, necessita de alguma ajuda
Mobilidade	0 – Imobil
Saber e descer escadas	0 – Dependente
Higiene	0 – Impartível
Controlo Intestinal	0 – Incontinente ou precisa de uso de sistema
Controlo Urinário	0 – Incontinente, ou alguando sendo incapaz de manter a sigla social

Objetivos negociados com o paciente:

- Melhorar capacidade de equilíbrio e apoiar a marcha
- Melhorar mobilidade do cliente
- Prevenir os riscos associados à alimentação do cliente




APÉNDICE IV – Plano de Intervenção completo

ESSATIA
Escola Superior de Saúde Atlântica

Unidade de Intervenção de Reabilitação (Processo de Recuperação associada a Acidente Vascular Cerebral)
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação


Plano de intervenção completo


Dia	Foco	Intervenções
03/10/2025	Deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorizar deglutição [Escala de GUSS] • Gerir dieta • Planear dieta
	Expetora/Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar a tossir • Incentivar a expetorar • Executar cintostímia respiratória <ul style="list-style-type: none"> Reclinação costal inferior bilateral Reclinação abdominal-diafragmática posterior Reclinação das hemícipulas diafragmáticas Abertura costal seletiva bilateral Técnicas de drenagem postural modificada Técnica de percussão torácica Técnica de compressão torácica
	Movimento Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular • Monitorizar força muscular através de escala [Escala de Força MRC] • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (homocorpo esquerdo) • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	Espontaneidade	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar espontaneidade [item muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada]
07/10/2025	Deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorizar deglutição [Escala de GUSS] • Gerir dieta • Executar técnicas de deglutição
	Expetora/Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar a tossir • Incentivar a expetorar • Executar cintostímia respiratória <ul style="list-style-type: none"> Reclinação costal inferior bilateral Reclinação abdominal-diafragmática posterior Reclinação das hemícipulas diafragmáticas Abertura costal seletiva bilateral Técnicas de drenagem postural modificada Técnica de percussão torácica Técnica de compressão torácica

 Unidades de Enfermagem de Reabilitação e Pós-Atendimento (Hospital e Ambulatório Unidade Geriátrica) 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
	<ul style="list-style-type: none"> Assistir a tosse Aspirar secreções Vigiar expectoração
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar força muscular Monitorizar força muscular através de escala [MRC] Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro anterior direito) Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (tórax/espaço esquerdo) Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar espasticidade [tórax muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) Executar técnica de relaxamento Alongamento estático (Membro superior direito)
06/10/2025	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar capacidade de deglutição Monitorizar deglutição [Escala de GLUSS] Cerir dieta Executar técnica de deglutição
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar reflexo de tosse Incentivar a tossir Incentivar a expelir Executar resistência respiratória <ul style="list-style-type: none"> Redução costal inferior bilateral Redução abdominal/diaphragmática posterior Redução dos hemicópios diafragmáticos Abertura costal seletiva bilateral Técnica de drenagem postural modificada Técnica de percussão torácica Técnica de compressão torácica
	<ul style="list-style-type: none"> Assistir a tosse Aspirar secreções Vigiar expectoração
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar força muscular Monitorizar força muscular através de escala [MRC] Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (tórax/espaço esquerdo) Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar espasticidade [tórax muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) Executar técnica de relaxamento


 Conselho de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Prejuízo ou Incapacidade por Acidente Vascular Cerebral 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
13/10/2025	Deglutição <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
	Expetora/Ventilação <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar a tossir • Incentivar a expectorar • Executar fisioterapia respiratória <ul style="list-style-type: none"> Reeducação costal inferior bilateral Reeducação abdominal/diafragmática posterior Reeducação dos hemicírculos diafragmáticos Abertura costal seletiva bilateral Técnica de drenagem postural modificada Técnica de percussão torácica Técnica de compressão torácica • Assistir a tossir • Aguardar secreções • Vigiar expectoração
	Movimento Muscular <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular • Monitorizar força muscular através de escala [MRC] • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (hemitórax esquerdo) • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
15/10/2025	Espasticidade <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar espasticidade [tónus muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] • Executar técnicas de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) • Executar técnicas de relaxamento
15/10/2025	Deglutição <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
	Expetora/Ventilação <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar a tossir • Incentivar a expectorar • Executar fisioterapia respiratória <ul style="list-style-type: none"> Reeducação costal inferior bilateral Reeducação abdominal/diafragmática posterior Reeducação dos hemicírculos diafragmáticos Abertura costal seletiva bilateral Técnica de drenagem postural modificada Técnica de percussão torácica Técnica de compressão torácica • Assistir a tossir • Executar técnicas de mobilização de secreções das vias aéreas Inflador/Exsulfador mecânico (Cough Assist)

 Clusters de Intervenção de Reabilitação à Pessoa com Paralisia associada a Acidente Vascular Cerebral 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
	Movimento Muscular <ul style="list-style-type: none"> Aspirar secreções Vigiar expectoração Avaliar força muscular Monitorizar força muscular através de escala [MRC] Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (hemitórax esquerdo) Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	Espasticidade <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar espasticidade [tônus muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) Executar técnica de relaxamento <ul style="list-style-type: none"> Alongamento estático (Membro superior direito)
16/10/2025	Deglutição <ul style="list-style-type: none"> Avaliar capacidade de deglutição Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
	Expectoraç/Ventilação <ul style="list-style-type: none"> Avaliar reflexo de tosse Incentivar a tossir Incentivar a expirar Executar cinesioterapia respiratória <ul style="list-style-type: none"> Reeducação costal inferior bilateral Reeducação abdominal e diafragma posterior Reeducação das hemidiafragmas Abertura costal seletiva bilateral Técnica de drenagem postural modificada Técnica de percussão torácica Técnica de compressão torácica Assistir a tossir Executar técnica de mobilização de secreções das vias aéreas <ul style="list-style-type: none"> Inflador/Exsufador mecânico (Cough-Assist)
	Movimento Muscular <ul style="list-style-type: none"> Avaliar força muscular Monitorizar força muscular através de escala [MRC] Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro superior direito) Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (hemitórax esquerdo) Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	Espasticidade <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar espasticidade [tônus muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) Executar técnica de relaxamento

 Centro de Diagnóstico e Reabilitação e Processos de Diagnóstico associados à Unidade Acadêmica (Cerebral) 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação		
17/10/2025	Alongamento estático (Membro superior direito)	
	Deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
	Expectora/Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar a tossir • Incentivar a expectorar • Executar fisioterapia respiratória <ul style="list-style-type: none"> Reeducação costal inferior bilateral Reeducação abdominodiaphragmática posterior Reeducação das hemilíquias diaphragmáticas Abertura costal seletiva bilateral Técnicas de drenagem postural modificada Técnica de percussão torácica Técnica de compressão torácica • Assistir a tossir • Executar técnica de mobilização de secreções das vias aéreas <ul style="list-style-type: none"> Insoflada-Exsulfador mecânico (Cough-Assist) • Aspirar secreções • Vigiar expectoração
	Movimento Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular • Monitorizar força muscular através de escala [MRC] • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (hemisfério esquerdo) • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
20/10/2025	Especificidade	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar especificidade [áreas musculares] através de escala [Escala de Aulworth modificada] • Executar técnica de posicionamento em pédio anti-espástico (Membro superior direito) • Executar técnica de relaxamento <ul style="list-style-type: none"> Alongamento estático (Membro superior direito)
	Deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
20/10/2025	Expectora/Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar a tossir • Incentivar a expectorar • Executar fisioterapia respiratória <ul style="list-style-type: none"> Reeducação costal inferior bilateral Reeducação abdominodiaphragmática posterior Reeducação das hemilíquias diaphragmáticas Abertura costal seletiva bilateral Técnica de drenagem postural modificada Técnica de percussão torácica Técnica de compressão torácica • Assistir a tossir

 Catedra de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Paralisia associada a Acidente Vascular Cerebral 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
	<ul style="list-style-type: none"> Executar técnica de mobilização de secreções das vias aéreas Insuflador/Exsuflador mecânico (Cough-Assist) Aspirar secreções Vigiar expectoração
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar força muscular Monitorizar força muscular através de escala [MRC] Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (tórax/esquerdo) Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar espasticidade [tórax muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) Executar técnica de relaxamento Alongamento estático (Membro superior direito)
21/10/2025	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar capacidade de deglutição Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar reflexo de tosse Incentivar a tossir Incentivar a expetorar Executar cinesioterapia respiratória Reeducação costal anterior bilateral Reeducação abdominocostofragnática posterior Reeducação das hemiscapulas/diafragmação Abertura costal seletiva bilateral Técnica de divergência postural modificada Técnica de percussão tônica Técnica de compressão tônica
	<ul style="list-style-type: none"> Assistir a tossir Executar técnica de mobilização de secreções das vias aéreas Insuflador/Exsuflador mecânico (Cough-Assist) Aspirar secreções Vigiar expectoração
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar força muscular Monitorizar força muscular através de escala [MRC] Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (tórax/esquerdo) Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar espasticidade [tórax muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada]

 Centro de Estratégias de Reabilitação à Pessoa com Danos em Saúde e a Acidente Vascular Cerebral 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação		
27/04/2025		<ul style="list-style-type: none"> • Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) • Executar técnica de relaxamento • Alojamento estático (Membro superior direito)
	Deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
	Expectora/Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar a tossir • Incentivar a expectorar • Executar fisioterapia respiratória <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação costal inferior bilateral • Reeducação abdominodiaphragmática posterior • Reeducação dos hemicírculos diafragmáticos • Abertura costal seletiva bilateral • Técnica de drenagem postural modificada • Técnica de percussão torácica • Técnica de compressão torácica • Assistir a tossir • Executar técnica de mobilização de secreções das vias aéreas <ul style="list-style-type: none"> • Insuflador/Exsuflador mecânico (Cough Assist) • Aspirar secreções • Vigiar expectoração
	Movimento Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar força muscular • Monitorizar força muscular através de escala [MRC] • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-passivo (Membro inferior direito) • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-passivo (Membro inferior esquerdo) • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
28/04/2025	Expectora/Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar espasticidade [tônus muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] • Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) • Executar técnica de relaxamento • Alojamento estático (Membro superior direito)
	Deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade de deglutição • Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
	Expectora/Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar reflexo de tosse • Incentivar a tossir • Incentivar a expectorar • Executar fisioterapia respiratória <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação costal inferior bilateral • Reeducação abdominodiaphragmática posterior • Reeducação dos hemicírculos diafragmáticos • Abertura costal seletiva bilateral • Técnica de drenagem postural modificada

 Centro de Especialização de Reabilitação 3 Pessoas com Paralisia associada a Acidente Vascular Cerebral 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
	<ul style="list-style-type: none"> Assistir a tosse Vigiar expectoração Avaliar força muscular Monitorizar força muscular através de escala [MRC] Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (tórax/espaço esquerdo) Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar espasticidade [tônus muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) Executar técnicas de relaxamento: <ul style="list-style-type: none"> Alongamento estático (Membro superior direito)
29/10/2025	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar capacidade de deglutição Monitorizar deglutição [Escala de GUSS]
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar reflexo de tosse Incentivar a tossir Incentivar a expirar Executar manobra respiratória: <ul style="list-style-type: none"> Reeducação costal inferior bilateral Reeducação abdominal/diafrágica posterior Reeducação dos hemicírculos diafrágicos Abertura costal seletiva bilateral
	<ul style="list-style-type: none"> Vigiar expectoração Avaliar força muscular Monitorizar força muscular através de escala [MRC] Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) Executar técnicas de exercício muscular e articular ativo-resistido (tórax/espaço esquerdo) Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito)
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar espasticidade [tônus muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) Executar técnicas de relaxamento: <ul style="list-style-type: none"> Alongamento estático (Membro superior direito)
31/10/2025	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar capacidade de deglutição Monitorizar deglutição [Escala de GUSS] Ensinar cuidados sobre inspeção da cavidade oral após as refeições Instruir e treinar o cuidador para alimentar através de sonda gástrica
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar reflexo de tosse

 Escola de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Prejuízo neurológico e Acidente Vascular Cerebral 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	
	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a tossir • Incentivar a expectorar • Executar fisioterapia respiratória <ul style="list-style-type: none"> Reeducação costal inferior bilateral Reeducação abdominodiaphragmática posterior Reeducação das hemicúpulas diafragmáticas Abertura costal seletiva bilateral
Movimento Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar expectoração • Avaliar força muscular • Monitorar força muscular através de escala [MRC] • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido (Membro inferior direito) • Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido (membro esquerdo) • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo (Membro superior direito) • Instruir e treinar o cuidador sobre exercícios músculo-articulares
Espasticidade	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar espasticidade [tônus muscular] através de escala [Escala de Ashworth modificada] • Executar técnica de posicionamento em padrão anti-espástico (Membro superior direito) • Executar técnica de relaxamento <ul style="list-style-type: none"> Alongamento estático (Membro superior direito) • Instruir e treinar o cuidador para posicionar em padrão anti-espástico



APÊNDICE V – Resultados obtidos na função motora e neurológica a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados



Resultados detalhados do plano de intervenção

Intervenção de avaliação	Dia													
	07/10	08/10	09/10	10/10	11/10	12/10	13/10	14/10	15/10	16/10	17/10	18/10	19/10	20/10
	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00
MBOC	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Adorath mobilidade	NS	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4
	NS	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4
	NS	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4
CLASS	2/0	7/0	6/0	1/0	1/0	1/0	1/0	1/0	1/0	1/0	1/0	1/0	1/0	1/0
Burton	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
TR001-16	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Legenda:
 NA: Não Aplicável
 NS: Não Sucedido
 NS: Não Sucedido
 NS: Não Sucedido



ANEXOS



ANEXO I – Recomendações do Case Report (CARE)



ESSATIA
Escola Superior de Saúde Atlântica

Curso de Especialização de Reabilitação à Pessoa com Perdas das Funções Executivas e Acidente Vascular Cerebral
3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



CARE
Checklist for Authors
Revised 2013

CARE Checklist of information to include when writing a case report

Item: Checklist Item description

Reported in Link

Topic	Checklist Item description	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Title	1 The diagnosis of intervention of primary focus followed by the words "case report". 2 In 6-8 key words that identify diagnosis or interventions in this case report, including "case report".	
Key Words		
Abstract (no references)	3a Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature? 3b Main symptoms and/or important clinical findings. 3c Therapist diagnosis, therapeutic interventions, and outcomes. 3d Conclusion—What is the case "take-away" message(s) from this case?	
Introduction	4 One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references).	
Patient Information	5a De-identify 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	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 Progress (with or without an etiology) where applicable.	
Therapeutic Intervention	9a Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care). 9b Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration). 9c Changes in therapeutic intervention (with rationale).	
Follow-up and Outcomes	10a Clinician and patient-assessed successes (if available). 10b Important follow-up diagnostic and other test results. 10c Intervention advances and believability (how was this assessed?). 10d Adverse and unintended 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).	
Patient Perspective	11d The primary "take-away" message of the case report (without references) in a new paragraph conclusion.	
Informed Consent	12 The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received. 13 Do the patient(s) inform consent? Please provide English text.	



ANEXO II – Guião de entrevista

Guia 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 descrevera o seu apoio familiar e social atual?
- Há hábitos de vida que possam influenciar a sua recuperação (tabaco, álcool, exercício, alimentação)?

3. Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação

(CARE item: Clinical findings and timeline)

Objetivo: descrever a condição inicial e o impacto funcional.

Perguntas:

 **ESSATIA**
Escola Superior de Saúde Atlântica

Colégio de Enfermagem de Reabilitação | Foco em dois Programas: Licenciada e Académia "Branco Branco" |
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

- Quais eram as principais dificuldades que sentia após o evento (nível de independência, deglutição, dispneia, grau de esforço, equilíbrio funcional, estático e dinâmico, espasticidade, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, marcha, força muscular, qualidade de vida no familiar)?
- Como se sentiu 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 (ex.: treino de equilíbrio, exercícios de força, exercício muscular e articular passivo, treino de autocuidado, posicionamento em padrão inibitório de espasticidade, exercícios de deglutição, fisioterapia respiratória)?
- O que espera do enfermeiro de reabilitação no seu processo de reabilitação?
- Que orientações ou ensinamentos considera mais úteis para realizar em casa?
- Encontra dificuldades em cumprir o plano de enfermagem de reabilitação? Que alternativa propõe.
- Que recursos ou equipamentos considera que consegue adquirir ou ter acesso (ajudas técnicas, adaptações domiciliares)?

5. Resultados e evolução funcional

(CARE item: Follow-up and outcomes)

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

Perguntas:

- Que melhorias sentiu ao longo do processo de reabilitação?
- Que atividades conseguiu retomar?
- Há algo que ainda considera limitado ou difícil de realizar?
- Como avalia a sua autonomia e independência atualmente (escala de independência, mobilidade)?
- O que acha dos resultados obtidos? (nível de independência, deglutição, dispneia, grau de esforço, equilíbrio funcional, estático e dinâmico, espasticidade, capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação, marcha, força muscular, qualidade de vida no familiar)?



- 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 descrevera a sua experiência durante a reabilitação?
 - O processo influenciou a sua autoestima, imagem corporal ou relações interpessoais?
 - Que estratégias utilizou para lidar com o medo, a dor ou a frustração?
 - Que significado atribui ao papel do enfermeiro de reabilitação na sua recuperação?
 - Sente-se satisfeito com o apoio e processo de reabilitação?
 - Que mensagem gostaria de deixar a outras pessoas em situação semelhante?
-

7. Considerações éticas e consentimento

(CARE item: Informed consent)

Antes da entrevista:

- Explicar o objetivo do estudo (relato de caso clínico).
 - Garantir anonimato, confidencialidade e voluntariedade.
 - Obter consentimento informado escrito, conforme o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e as normas éticas de investigação clínica (Declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo).
-

8. Observações do entrevistador

(CARE item: Discussion and learning points)

Registar:

- Impressões clínicas e de comunicação durante a entrevista.
 - Indicadores de motivação, coping e envolvimento do participante.
 - Pontos fortes e limitações do caso.
 - Reflexão crítica sobre as implicações para a prática de enfermagem de reabilitação.
-



ANEXO III – Escala GUSS



GUGGING SWALLOWING TEST (GUST)

GUST Gugging Swallowing Test

Nome do paciente: _____ Data: _____ Identificação do caso: _____

Seção 1: Avaliação preliminar / teste de deglutição indireta

Objetivo: avaliar a capacidade de deglutição oral.

Nome do profissional: _____

Local: _____

Tempo: _____

Observações: _____

RESULTADOS	COMENTÁRIOS	RECOMENDAÇÕES
0-1	sem deglutição oral	avaliar a capacidade de deglutição oral
2-3	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral
4-5	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral
6-7	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral
8-9	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral
10	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral

Seção 2: Teste de deglutição direta (Müller-Li) Aguarde até 15 minutos após a avaliação preliminar de risco.

Nome do paciente: _____ Data: _____ Identificação do caso: _____

Seção 2: Teste de deglutição direta (Müller-Li) Aguarde até 15 minutos após a avaliação preliminar de risco.

Objetivo: avaliar a capacidade de deglutição oral.

Nome do profissional: _____

Local: _____

Tempo: _____

Observações: _____

RESULTADOS	COMENTÁRIOS	RECOMENDAÇÕES
0-1	sem deglutição oral	avaliar a capacidade de deglutição oral
2-3	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral
4-5	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral
6-7	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral
8-9	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral
10	deglutição oral com dificuldades	avaliar a capacidade de deglutição oral



ANEXO IV – Escala de Força MRC



MEDICAL RESEARCH COUNCIL MUSCLE SCALE

Tabela 1 – Escala do *Medical Research Council (MRC)*

Movimentos avaliados
■ Abdução do ombro
■ Flexão do cotovelo
■ Extensão do punho
■ Flexão do quadril
■ Extensão do joelho
■ Dorsiflexão do tornozelo
Grau de força muscular
■ 0 - Nenhuma contração visível
■ 1 - Contração visível sem movimento do segmento
■ 2 - Movimento ativo com eliminação da gravidade
■ 3 - Movimento ativo contra a gravidade
■ 4 - Movimento ativo contra a gravidade e resistência
■ 5 - Força normal



ANEXO V – Escala de Ashworth modificada

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH Classificação da Espasticidade	
Grão	Descrição
0	Sem aumento do tônus muscular
1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão
1+	Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento
2	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento; porém as partes afetadas são facilmente movimentadas
3	Considerável aumento do tônus muscular, movimentos passivos dificultados
4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão

Doherty, R. W., Smith, M. B. A confiabilidade interobservadores do Modified Ashworth Scale de espasticidade muscular. *Physical Therapy*, 67, pag. 287. Copyright 1987 by American Physical Therapy Association.



ANEXO VI – Questionário FROM 16



Medida dos resultados relatados pela família (FROM-16) [©] Confidencial

As perguntas seguintes são sobre como se sente você e os afetados pelo estado clínico do seu familiar **nesta semana**.

Marque uma caixa para cada uma das 16 perguntas.

Responda às seguintes perguntas:

A seu filho: _____

□ seu gênero masculino / feminino

□ sua grau de parentesco com este doente: _____

Capacidade do(a) doente: _____

Parte 1: Emocional

Devido ao estado clínico do meu familiar...

	Nada	Um pouco	Muito
1. Sinto-me preocupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto-me angustiado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. É difícil encontrar alguém com quem falar sobre os meus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. É difícil cuidar do meu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Vida pessoal e social

Devido ao estado clínico do meu familiar...

	Nada	Um pouco	Muito
7. É difícil arranjar tempo para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. As minhas saídas diárias são afetadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os meus hábitos alimentares são afetados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As minhas atividades familiares são afetadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sinto problemas com o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A minha vida sexual é afetada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O meu trabalho ou estudo é afetado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A minha relação com outros membros da família é afetada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As minhas despesas familiares aumentaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O meu sono é afetado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verifique que respondeu a todas as perguntas. Obrigado.

Após para os itens: Pontuação da parte 1 (de 1-6): ____ Pontuação da parte 2 (de 7-16): ____ Pontuação total (de 1-22): ____

© M.S. Salek, C.J. Golkes, M.K.A. Bassi, A.Y. Fritay, May 2012.

ISSN 1646-4269 | Escola Superior de Saúde Atlântica | Av. 25 de Abril 1646 - 4150
Lisboa, Portugal | www.essatia.pt



**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
CAPACITAÇÃO DA PESSOA APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL: FACILITAÇÃO PARA UMA**

TIAGO ALEXANDRE FILIPE BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA