

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**A Enfermagem de Reabilitação na
capacitação para o Autocuidado: transição
do cuidado hospitalar para o domicílio**

Carla Ramalho
2026



Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o Autocuidado: transição do cuidado hospitalar para o domicílio

Elaborado por:

Carla Susana Nunes Penteado Pinheiro Carvalho Ramalho, nº 202490019

Orientado por:

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

Barcarena

Março de 2026

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho

Agradecimentos

Expresso o meu sincero agradecimento ao Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra, pela orientação, disponibilidade, partilha de conhecimento e apoio ao longo de todo o desenvolvimento deste relatório. A sua dedicação, espírito crítico e incentivo foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Supervisores, agradeço profundamente o acompanhamento, a transmissão de saberes e a confiança demonstrada durante este percurso. A experiência e profissionalismo que partilharam contribuíram de forma decisiva para o meu crescimento académico e profissional.

Aos meus colegas do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, deixo uma palavra de apreço pelo companheirismo, entreajuda e partilha de experiências. O apoio mútuo e a colaboração tornaram este percurso mais enriquecedor e significativo.

Aos meus colegas e amigos do IPO de Lisboa, expresso o meu profundo agradecimento pelo incentivo constante e pela motivação que me deram para iniciar este Mestrado. Foram eles que me encorajaram a abraçar este desafio e que, com grande espírito de entreajuda e amizade, contribuíram ativamente para que o pudesse concretizar.

Por fim, mas com um sentimento muito especial, agradeço à minha família, ao meu marido, aos meus filhos e à minha mãe, pelo amor incondicional, compreensão, paciência e apoio constante. Foram o meu maior pilar ao longo desta etapa, dando-me a motivação para nunca desistir.

RESUMO

Integrado no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, o presente Relatório de Estágio tem como finalidade promover uma reflexão crítica sobre a experiência formativa, descrevendo e articulando as atividades formativas com as competências adquiridas ao longo do percurso. O relatório aborda o impacto da Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado, com particular enfoque na transição do cuidado hospitalar para o domicílio. Este processo, cada vez mais relevante no atual panorama dos cuidados de saúde, exige intervenções estruturadas e orientadas para um modelo de cuidado centrado na pessoa, valorizando a participação ativa, a tomada de decisão informada e o reforço da autonomia funcional.

O objetivo principal consiste em documentar a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Competências de Mestre, demonstrando como estas foram mobilizadas e consolidadas ao longo do processo formativo do Mestrado em Enfermagem Reabilitação.

Para atingir este objetivo, recorreu-se à metodologia reflexiva, sustentada na análise crítica das experiências vivenciadas, durante os estágios de Reabilitação na Comunidade e Profissionalizante. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolveu-se com a pessoa com compromisso no autocuidado, integrando estratégias personalizadas e centradas nas capacidades, nas respostas humanas e preferências da pessoa, de forma a promover uma transição segura e eficaz do cuidado hospitalar para o domicílio.

Os resultados evidenciam que, ao longo do percurso formativo, foi possível adquirir e desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, sendo que a intervenção desenvolvida aponta para a melhoria da funcionalidade e da promoção do autocuidado das pessoas cuidadas, promovendo transições seguras.

Conclui-se que a análise realizada comprovou a aquisição de competências de forma fundamentada, realçando o contributo da formação académica e prática para a promoção do autocuidado.

Palavras – Chave: Enfermagem de Reabilitação, Competência, Cuidado Centrado, Autocuidado, Transição

ABSTRACT

Integrated into the Master's in Rehabilitation Nursing, this Internship Report aims to promote a critical reflection on the formative experience, describing and articulating the formative activities with the competencies acquired throughout the course. The report addresses the impact of Rehabilitation Nursing on empowering self-care, with a particular focus on the transition from hospital care to home care. This process, increasingly relevant in the current healthcare landscape, requires structured interventions orientated towards a person-centred care model, valuing active participation, informed decision-making, and the reinforcement of functional autonomy.

The main objective is to document the acquisition of Common Competencies of the Specialist Nurse, Specific Competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, and Master's Competencies, demonstrating how these were mobilised and consolidated throughout the training process of the Master's in Rehabilitation Nursing.

To achieve this objective, a reflective methodology was employed, supported by the critical analysis of the experiences lived during the Community and Professional Rehabilitation internships. The intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing was developed with the person committed to self-care, integrating personalised strategies centred on the individual's abilities, human responses, and preferences, in order to promote a safe and effective transition from hospital care to home care.

The results show that, throughout the training course, it was possible to acquire and develop skills as a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and as a Master, with the intervention developed pointing to improved functionality and the promotion of self-care among those receiving care, promoting safe transitions.

It is concluded that the analysis conducted demonstrated the acquisition of competencies in a well-founded manner, highlighting the contribution of academic and practical training to the promotion of self-care.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Competence, Patient Centered Care, Self-Care, Transition

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. ANÁLISE DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	19
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	25
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS.....	37
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	39
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	48
3.3. Competências de Mestre.....	68
4. ANÁLISE SWOT AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	71
CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
APÊNDICES.....	I
APÊNDICE I – Relato de Caso Clínico “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral”.....	III
APÊNDICE II – Relato de Caso Clínico “A intervenção de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”	LXI
APÊNDICE III – Painel “Reabilitar a Motricidade Orofacial”	CXVII
APÊNDICE IV – Dossier Multifunções (Treino de AVD - Vestuário)	CXXI
APÊNDICE V – Exercícios de Motricidade Fina.....	CXXV
APÊNDICE VI – Sessões de Pressoterapia	CXXIX
APÊNDICE VII – Armário de Reabilitação	CXXXIII
APÊNDICE VIII – Guia de Acompanhamento Telefónico pós-Alta.....	CXXXVII
APÊNDICE IX – Plano semanal de exercícios respiratórios	CXLI
APÊNDICE X – Artigo “ <i>The Therapeutic Relationship en Rehabilitation Nursin: Promotion of Culturally Sensitive Environments in the Community Context</i> ”	CXLV
ANEXOS.....	CXLIX
ANEXO I – Certificados de Formação (Regime <i>e-Learning</i>).....	CLI
ANEXO II – Certificados de Participação em Eventos Científicos e Formativos	CLVII

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ER – Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

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

PNS 2030 – Plano Nacional de Saúde 2030

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RR – Reabilitação Respiratória

TDA – Teoria do Défice de Autocuidado

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

INTRODUÇÃO

Integrado no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, o presente Relatório de Estágio pretende promover uma reflexão crítico-reflexiva sobre a experiência formativa, apresentar as atividades desenvolvidas e evidenciar as competências adquiridas ao longo deste percurso académico.

A Enfermagem de Reabilitação (ER) constitui uma área especializada da prática de Enfermagem, integrando um conjunto próprio de saberes e procedimentos específico, e tem como propósito “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste sentido, pretende-se analisar o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e refletir sobre a forma como as experiências vividas, contribuíram para a aquisição de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e ainda Competências de Mestre.

A experiência formativa integrou, de forma sequencial e progressiva, momentos de formação teórico-prática em contexto de sala de aula e experiências clínicas em diferentes cenários de cuidados. A primeira etapa, desenvolvida em ambiente académico, permitiu adquirir conhecimentos científicos fundamentais, bem como desenvolver competências técnicas essenciais à intervenção especializada.

Seguiu-se um estágio em contexto comunitário, realizado numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, onde foi possível intervir na promoção do autocuidado, na readaptação funcional e na capacitação para a independência, num ambiente que privilegia a continuidade dos cuidados. Este estágio totalizou 231 horas de contacto entre 12 de maio e 19 de julho de 2025.

Posteriormente decorreu o estágio profissionalizante em contexto hospitalar, num serviço de Medicina Interna de uma Unidade Local de Saúde da área metropolitana de Lisboa, no qual foram cumpridas 300 horas de prática clínica entre os dias 09 de setembro e 20 de dezembro de 2025. Este estágio representou uma etapa determinante no desenvolvimento profissional, ao possibilitar o aprofundamento de competências num ambiente caracterizado por elevada complexidade clínica, marcado pela presença de pessoas com múltiplas morbilidades, fragilidade acentuada e níveis significativos de dependência funcional. Este contexto exigiu uma avaliação integral das respostas

humanas, adaptação contínua das intervenções e articulação interdisciplinar eficaz, elementos centrais na prática do Enfermeiro de Reabilitação.

Este período de ensino clínico permitiu explorar com maior profundidade o processo respiratório, área menos desenvolvida no contexto comunitário, com intervenções direcionadas para a Reabilitação Respiratória. Contudo, atendendo à complexidade da população internada, o foco da intervenção inciduiu sobretudo na promoção e reforço do autocuidado. A necessidade de, em conjunto com a pessoa, recuperar funcionalidade, capacitar para a gestão das Atividades de Vida Diária (AVD) e construir estratégias que promovessem uma transição segura para o domicílio, assumiu-se como eixo central da aprendizagem desenvolvida neste contexto clínico. Assim, tornou-se evidente a relevância da Enfermagem de Reabilitação na capacitação para o autocuidado e na transição do cuidado hospitalar para o domicílio, temática que fundamenta e orienta este relatório.

Neste contexto, o presente relatório tem como objetivos identificar os ganhos em saúde resultantes dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação que capacitam a pessoa com compromisso para o autocuidado, favorecendo uma transição segura do hospital para o domicílio; e evidenciar o desenvolvimento e a consolidação das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e ainda Competências de Mestre, adquiridas ao longo do percurso formativo.

Este enquadramento adquire especial pertinência no atual contexto demográfico nacional. Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa, verificando-se um aumento progressivo da esperança média de vida e uma prevalência crescente de doenças crónicas e incapacidades associadas a este processo. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) “o envelhecimento demográfico em Portugal continuou a acentuar-se. Em 2024, o índice de envelhecimento atingiu o valor de 192,4 idosos por cada 100 jovens (188,1 em 2023” evidenciando uma tendência de crescimento da população idosa e diminuição da natalidade (INE, 2025).

O envelhecimento está frequentemente relacionado com perdas funcionais, maior risco de dependência e aumento da necessidade de cuidados. Estas alterações repercutem-se não apenas na pessoa, mas também na família, que frequentemente assume o papel de cuidadora, e na sociedade, que enfrenta desafios significativos na organização dos cuidados de saúde, na sustentabilidade dos sistemas

de apoio e na promoção da qualidade de vida das populações envelhecidas (Matos et al. 2018; Pinto Junior et al., 2016).

Com a diminuição da funcionalidade, a capacidade de realizar as AVD tende a ficar comprometida, originando défices de autocuidado. Estes défices traduzem-se em dificuldades acrescidas, aumento da dependência de terceiros e maior vulnerabilidade, reforçando a necessidade de intervenção especializada, orientada para a recuperação, manutenção ou compensação da autonomia.

Dorothea Orem entende o conceito de autocuidado como “a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal” (Ribeiro, 2021 p.49). A pessoa possui a capacidade de cuidar de si própria e de responder às suas necessidades de autocuidado. Contudo ao longo do ciclo de vida, podem surgir situações que comprometem essa capacidade, dando origem a um défice de autocuidado e justificando a necessidade de intervenção de Enfermagem (Lobo & Palma, 2024; Ribeiro, 2021; Santos et al., 2017). O autocuidado assume desta forma um foco central na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), entende a Enfermagem de Reabilitação como “um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que tem por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida restaurando a funcionalidade quando possível, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades” (OE, 2019). Paralelamente, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação (PQCEEER), inseridos no Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho, referem que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são direccionados à pessoa em todas as etapas do seu ciclo de vida e procuram, entre outros, “promover a capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou dependência” (p. 16656).

Neste enquadramento, a reflexão desenvolvida ao longo do presente relatório é orientada por questões que estruturam a análise crítico-reflexiva do percurso formativo e da prática desenvolvida, procurando compreender qual o impacto dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com compromisso para o autocuidado, em contexto de internamento, favorecendo uma transição para o domicílio, bem como quais as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências

específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as competências de Mestre que sustentam uma prática especializada, autónoma e de qualidade em Enfermagem de Reabilitação.

A estrutura deste relatório obedece às diretrizes definidas pela Unidade Curricular do Estabelecimento de Ensino. Após a presente introdução, o documento organiza-se em quatro partes principais: análise do contexto de estágio, enquadramento conceptual; reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas e análise *SWOT* relativa ao desenvolvimento dessas competências. O documento termina com a conclusão e a bibliografia utilizada.

1. ANÁLISE DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A trajetória formativa no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação integrou dois momentos distintos de estágio, desenvolvidos em contextos clínicos diferenciados. O primeiro decorreu em contexto comunitário entre 12 de maio e 19 de julho de 2025, onde foram totalizadas 231 horas numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). O segundo estágio realizou-se em contexto hospitalar, num serviço de Medicina Interna de um centro hospitalar, entre 08 de setembro e 19 de dezembro de 2025, num total de 296 horas realizadas.

A RNCCI, criada pelo Decreto de Lei nº 101/2006, de 6 de junho, constitui uma resposta estratégica no sistema de saúde nacional, orientada para a continuidade de cuidados, a articulação interinstitucional e o trabalho interdisciplinar, assumindo um papel central na reabilitação e reintegração da pessoa na comunidade (Ministério da Saúde, 2006). As UMDR, enquanto unidades integrantes desta rede, desenvolvem intervenções intensivas e estruturadas, direcionadas à recuperação da funcionalidade, num período de vigência de 90 dias, através da atuação de equipas multiprofissionais. Destinam-se a pessoas que “perderam temporariamente a sua autonomia, mas com potencial de reabilitação e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social, que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio” (Ministério da Saúde, 2006).

O estágio de Reabilitação na Comunidade permitiu integrar e aplicar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do Mestrado, possibilitando a intervenção junto de pessoas com dependência funcional, numa perspetiva centrada na pessoa e no seu contexto de vida. A prática desenvolvida incluiu a avaliação individualizada das respostas humanas, considerando o ambiente familiar, social, comunitário, fatores determinantes no processo de reabilitação e na promoção da autonomia.

A experiência constituiu um marco importante no meu percurso formativo, uma vez que permitiu explorar uma realidade até então desconhecida, dado que a minha experiência profissional se circunscrevia ao contexto hospitalar. Este estágio evidenciou a responsabilidade do EEER em contexto comunitário, destacando a importância da adaptação das intervenções às condições do meio, da promoção do autocuidado e da articulação com a família e comunidade. Este contexto revelou-se particularmente enriquecedor para o desenvolvimento de competências de avaliação, planeamento e intervenção individualizada, ampliando a minha visão sobre a diversidade de cenários em que a

Reabilitação se pode concretizar e reforçando uma abordagem centrada na pessoa e orientada para a funcionalidade.

Foi aqui possível intervir maioritariamente com pessoas com incapacidade decorrente do processo neurológico, com especial enfoque na pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Contudo a diversidade da população acompanhada permitiu intervir também em processos cardiorrespiratórios, ortotraumatológicos e reumatológicos, consolidando competências em diferentes áreas de atuação da ER.

A intervenção centrou-se predominantemente na capacitação da pessoa para o regresso ao domicílio, promovendo o autocuidado de forma individualizada e adaptada às suas necessidades e capacidades. Este processo incluiu o ensino de técnicas e estratégias que permitissem a execução autónoma das atividades básicas e instrumentais da vida diária, bem como a identificação e adaptação de barreiras arquitetónicas no ambiente domiciliário. A intervenção exigiu uma avaliação continua e pensamento crítico, uma vez que cada pessoa apresentava limitações, recursos e objetivos distintos.

Verificou-se que, em muitos casos o ambiente domiciliário não se encontrava preparado para receber as pessoas com dependência funcional, o que implicou a identificação de soluções seguras e exequíveis, frequentemente com recursos limitados. As adaptações propostas incluíram, entre outras, a colocação de barras de apoio, alteadores de sanita, tapetes antiderrapantes e reorganização de mobiliário. Importa referir que, uma vez que a UMDR não realizava visitas domiciliárias, a avaliação do ambiente foi efetuada com recurso a documentação fotográfica fornecida, maioritariamente pela família.

A capacitação da pessoa e da família implicou não apenas o ensino de técnicas e estratégias, mas também o reconhecimento e integração da diversidade cultural, considerando que valores, crenças, hábitos e perceções sobre a saúde e cuidado variam amplamente entre famílias. Foi essencial adequar a abordagem pedagógica a cada realidade, garantindo um cuidado culturalmente sensível, que promovesse a adesão às orientações e à eficácia da intervenção.

Para além das intervenções de carácter mais técnico e funcional, o contexto da UMDR valorizava igualmente dimensões psicossociais, culturais e espirituais da pessoa em processo de Reabilitação. Durante o estágio, foi possível participar em diferentes momentos de vivência comunitária, nomeadamente em celebrações comemorativas da unidade, como o aniversário da UMDR, bem como

em atividades de cariz espiritual, incluindo o acompanhamento das pessoas que manifestavam vontade de participar nas celebrações religiosas.

Paralelamente, integraram-se momentos estruturados de relaxamento, com recurso à música, e sessões de alongamentos organizados semanalmente na sala comum, que promoviam não apenas a mobilidade e o controlo postural, mas também o convívio, o bem-estar emocional e a participação social. Estas atividades revelaram-se relevantes no processo de reabilitação, ao favorecerem a motivação, a adesão ao plano terapêutico e a perceção de bem-estar, contribuindo para uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa e na sua qualidade de vida.

O segundo momento de estágio, realizado num serviço de Medicina Interna, decorreu num contexto clínico marcado pela elevada complexidade das condições de saúde das pessoas internadas, realidade intrínseca a este tipo de unidade. O serviço dispõe de 22 camas e integra uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, assistente social, articulando-se com diversos profissionais de outras especialidades da instituição, as quais se acrescentam às necessidades da população assistida como nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e outros. A missão do serviço alinha-se com a missão institucional, orientada para melhorar de forma efetiva a saúde e o bem-estar das pessoas e comunidade. Para isso, desenvolve intervenções que protegem e promovem a saúde, previnem e gerem a doença e a incapacidade, respondendo às necessidades reais da população.

Trata-se de um serviço caracterizado, por um modelo de trabalho interdisciplinar consolidado, assente na partilha de decisões e na implementação de planos terapêuticos individualizados, promovendo uma abordagem integral e continuada à pessoa cuidada. Esta dinâmica favoreceu uma visão integrada das necessidades e reforçou a importância da complementaridade entre a Enfermagem de Reabilitação e os restantes profissionais.

Embora não integrasse projetos formais de melhoria contínua, evidenciava uma preocupação constante com a qualidade e segurança dos cuidados, a adequação das intervenções e a articulação eficaz entre os diferentes profissionais.

Enquanto estudante de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, tive a oportunidade de integrar a equipa e intervir em diversas situações clínicas, implementando planos de reabilitação ajustados ao

estado clínico, nível de funcionalidade e grau de envolvimento da pessoa, procurando simultaneamente ir ao encontro das suas expectativas.

Este contexto revelou-se particularmente relevante para o aprofundamento do processo respiratório, menos desenvolvido no contexto comunitário. A prática diária permitiu desenvolver competências específicas em Reabilitação Respiratória (RR), nomeadamente na otimização da ventilação, limpeza da via aérea, ensino de padrões respiratórios, prescrição e supervisão de exercícios dirigidos à melhoria da função pulmonar e ao aumento da tolerância ao esforço.

“A Reabilitação Respiratória deve ser entendida como um processo integral, cujo propósito central é apoiar a pessoa na recuperação do seu pleno estado físico, mental, emocional, social e profissional.” (OE, 2018). Assim, esta perspetiva assume particular relevância num serviço onde predomina uma população envelhecida, com múltiplas comorbilidades e elevados níveis de dependência funcional, em que o compromisso do autocuidado se encontra frequentemente afetado.

A intervenção do EEER orientou-se assim, para a capacitação progressiva da pessoa, desenvolvendo estratégias de reeducação respiratória, treino de conservação de energia, otimização de gestão terapêutica, educação para a autogestão, favorecendo a recuperação funcional e promovendo autonomia.

A experiência foi enriquecida pela realização de um estágio de observação de dois dias na Consulta de Fibrose Quística, onde foi possível assistir a sessões de RR em contexto de telerreabilitação. Este contacto revelou-se profundamente transformador, não apenas pelo carácter inovador desta modalidade de intervenção, mas sobretudo pelo impacto positivo observado na adesão terapêutica, na promoção do autocuidado e na perceção de melhoria da qualidade de vida das pessoas acompanhadas.

A experiência permitiu compreender de forma mais aprofundada como a telerreabilitação pode constituir uma alternativa eficaz e segura aos modelos presenciais tradicionais, especialmente em populações com doença crónica, promovendo continuidade de cuidados, maior envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação e redução de barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Adicionalmente, contribuiu para ampliar a compreensão da atuação do EEER na utilização de tecnologias digitais como ferramentas facilitadoras do autocuidado e da autonomia, reforçando a relevância

crescente da inovação tecnológica na prática da ER e a necessidade de adaptação dos cuidados aos novos contextos e desafios da prestação de cuidados em saúde.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O presente capítulo tem como finalidade apresentar o suporte teórico, legal e estratégico que enquadra a prática de ER desenvolvida ao longo dos estágios. A construção deste enquadramento permite clarificar conceitos, referenciais normativos e políticas de saúde que fundamentam as intervenções especializadas, orientando a tomada de decisão clínica e a operacionalização de cuidados centrados na pessoa, família e comunidade.

Procede-se à análise dos fundamentos da especialidade, à definição dos conceitos estruturantes que orientam a prática do EEER, bem como ao enquadramento estratégico nacional que sustenta a necessidade crescente de intervenções de Reabilitação num país marcado por um elevado nível de envelhecimento e por níveis significativos de dependência funcional.

No âmbito dos Cuidados de Enfermagem Especializados para a área de Enfermagem de Reabilitação, o Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio, destaca que:

esta, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo conhecimentos e procedimentos específicos que lhe permitam ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, e deste modo preservar a autoestima. (p.13565)

De igual modo, o Regulamento nº 350/2015, de 22 de junho, referente aos PQCEEER, ressalva, que a ER centra-se na prevenção, recuperação e reintegração de pessoas atingidas por doenças agudas ou por descompensação de doenças crónicas, que desencadeiem défices funcionais, na dimensão cognitiva, motora, sensorial, cardiovascular e respiratória, alimentar, de eliminação e sexualidade. Estes padrões atribuem ao EEER a responsabilidade de garantir cuidados individualizados, sistematizados e orientados para a maximização da funcionalidade e autonomia.

No plano estratégico, o Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030), desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde, surge como um guia orientador das políticas de saúde onde se encontram definidas as

prioridades nacionais para os próximos anos. Alinhado com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, assume uma visão de saúde sustentável e de saúde para todos.

Nas linhas de orientação estratégica do PNS 2030, destaca-se o eixo “Investir: promover e proteger a saúde” de natureza transversal transdisciplinar e multissetorial. Neste âmbito é definida como área prioritária de intervenção a promoção do envelhecimento ativo e saudável e o aumento da longevidade, assumindo-se esta estratégia como essencial para responder aos desafios demográficos e garantir ganhos sustentados em saúde ao longo do ciclo de vida (DGS, 2021).

Neste sentido, e tendo em conta a realidade demográfica em Portugal, caracterizada por um elevado índice de envelhecimento e pelo aumento progressivo da população idosa com múltiplas comorbilidades e níveis crescentes de dependência funcional, torna-se evidente a necessidade de estratégias de saúde que promovam a autonomia e o bem-estar destas pessoas. O envelhecimento populacional, implica não apenas desafios no acesso e organização dos cuidados de saúde, mas também na capacitação para o autocuidado e na prevenção da dependência, reforçando a importância de intervenções individualizadas e centradas na pessoa. (Azevedo et al, 2024; Correia et al, 2023; Nunes, 2017; Organização Mundial de Saúde, 2015; Santos et al., 2009)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento é entendido como um processo progressivo que resulta da acumulação de alterações biológicas ao longo do tempo, afetando gradualmente as capacidades físicas e mentais da pessoa e aumentando a vulnerabilidade à doença. Este processo é heterogéneo entre indivíduos e frequentemente acompanhado de mudanças sociais e de vida, como a reforma ou a perda de relações importantes (OMS, 2025).

A OMS salienta, contudo, que a longevidade traz oportunidades, não apenas para a pessoa idosa e para a sua família, mas também para a sociedade, permitindo a realização de novas atividades, contributos sociais e participação ativa. A extensão destas oportunidades depende essencialmente da saúde e do contexto em que a pessoa vive, sendo determinantes os fatores ambientais e sociais, bem como hábitos de vida saudáveis, que influenciam a capacidade de manter autonomia e funcionalidade (OMS, 2025).

Assim o envelhecimento deve ser considerado um determinante central na saúde, influenciando não apenas o risco de doenças crónicas, mas também a capacidade de realizar atividades de vida diária e de manter a participação social ativa. Em Portugal, o elevado índice de envelhecimento populacional, associado à crescente prevalência de múltiplas morbilidades e dependência funcional, evidencia a

necessidade de estratégias de saúde que promovam a autonomia, qualidade de vida e envelhecimento ativo (Correia et al, 2023; INE, 2025; Matos et al., 2018;).

No contexto da ER, o envelhecimento é fator determinante das necessidades de cuidado, pois a perda progressiva de funcionalidade e a presença de défices de autocuidado exigem intervenções especializadas para a prevenção de dependência e promoção de autonomia. A intervenção do EEER centra-se na avaliação integral da pessoa idosa, considerando dimensões físicas, cognitivas, emocionais e sociais, de forma a identificar limitações, potencialidades e estratégias para maximizar o desempenho funcional (Azevedo et al., 2024)

O PNS 2030 reforça esta abordagem, estabelecendo como prioridade o envelhecimento saudável, ativo e funcional, promovendo intervenções individualizadas que capacitem a pessoa para a autogestão e prevenção de incapacidade (DGS, 2021). Segundo Azevedo et al. (2024), promover um envelhecimento saudável implica ações que aumentem a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa idosa estimulando capacidades cognitivas e motoras, retardando perdas e potenciando adaptação a novas realidades, mesmo em contexto de doença crónica.

O EEER assume, neste contexto, uma posição estratégica, direcionando a sua intervenção para a manutenção e recuperação da funcionalidade, capacitando a pessoa para a realização das AVD e promovendo uma transição segura entre os diferentes níveis de cuidados (OE, 2019). Como reforça Pereira (2023) “Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação têm um papel deveras importante no cuidado das pessoas envelhecidas, com doença crónica, ajudando-as na manutenção da sua funcionalidade, do seu autocuidado e da sua qualidade de vida.”

O conceito de Funcionalidade, central no âmbito da Reabilitação e fundamental para orientar intervenções individualizadas, é robustamente definido pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) publicada pela OMS em 2004. Segundo Relhas et al. (2018), este referencial considera de forma abrangente todos os aspetos da saúde humana, incluindo fatores que influenciam o bem-estar. Estes autores indicam ainda que esta classificação organiza os diferentes domínios da saúde, descrevendo as funções corporais e estruturas fisiológicas, assim como a capacidade da pessoa interagir com o seu ambiente e realizar atividades, considerando a sua condição de saúde

A avaliação da funcionalidade constitui, portanto, um ponto de partida essencial para a elaboração de planos de cuidados verdadeiramente centrados na pessoa.

No que concerne ao autocuidado, conceito central na prática do EEER, este assume especial relevância na população envelhecida, uma vez que a capacidade de realizar AVD pode estar comprometida pelas alterações inerentes ao processo de envelhecimento e pela presença frequente de múltiplas morbilidades.

Sob esta perspetiva, entende-se que “... na orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos de autocuidados e transições revelam-se estruturas de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (OE, 2015, p.3)

É relevante, nesta fase do relatório, distinguir claramente os conceitos de autonomia e independência no contexto do autocuidado, uma vez que, embora interrelacionados, representam dimensões distintas da capacidade da pessoa gerir as suas AVD.

Segundo Liu et al. (2022), a autonomia é entendida como a capacidade da pessoa gerir a sua própria vida e tomar decisões sobre o seu cuidado, integrando responsabilidade, integridade, dignidade e autoconhecimento. Para estes autores, a autonomia abrange desde escolhas quotidianas simples, como a alimentação, até decisões complexas relacionadas com a saúde. A sua concretização efetiva pressupõe, o desenvolvimento de competências cognitivas, a capacidade de autorregulação emocional, a adaptação às limitações físicas existentes e o envolvimento ativo na vida social, sustentado por processos de empoderamento que reforcem o papel da pessoa como agente central do seu próprio cuidado (Lima et al., 2021).

Neste sentido o empoderamento assume-se como um processo emancipatório, intrinsecamente associado ao conhecimento e à autonomia na tomada de decisão, permitindo à pessoa gerir a sua vida de forma livre e informada e mobilizar, de modo consciente, as medidas terapêuticas disponíveis (Sousa et al., 2020)

Por sua vez no documento *Active Ageing: A Policy Framework*, elaborado pela OMS em 2002, o conceito de independência é definido como a capacidade da pessoa realizar, por si só, as atividades da vida diária, sem necessitar de ajuda ou apenas com apoio mínimo de terceiros. Neste enquadramento, Liu et al. (2022) referem que a independência é entendida como um objetivo central dos cuidados de saúde, particularmente no âmbito da Reabilitação, estando associada à capacidade da pessoa realizar atividades e tarefas de forma autónoma, sem necessidade de ajuda externa. Esta capacidade de “fazer

por si” constitui um indicador relevante do estado de saúde e do nível de funcionalidade da pessoa (Liu et al., 2022).

O autocuidado constitui um eixo central na prática do EEER, refletindo a capacidade da pessoa gerir a sua saúde e bem-estar de forma autónoma. Segundo a OMS (2022), a autocuidado refere-se à capacidade de indivíduos, famílias e comunidades para promover a saúde, prevenir a doença, manter a saúde e lidar com doença e deficiência, com ou sem apoio de profissionais de saúde. Esta definição reforça a ideia de que o autocuidado envolve ação ativa, tanto do indivíduo como do seu contexto social, sendo essencial na manutenção da saúde, na gestão de condições crónicas e na prevenção de dependência funcional.

De forma complementar, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem constitui uma base conceptual robusta para a prática do EEER, ao sustentar que a pessoa possui capacidade para cuidar de si própria, mas que, ao longo da vida ou em situações de doença, incapacidade ou limitação funcional, podem surgir défices de autocuidado que requerem intervenção de Enfermagem (António et al., 2025; Ribeiro, 2021). Orem estrutura a sua teoria em três teorias interligadas: a Teoria do Autocuidado na qual se entende que a pessoa realiza para si mesma, atividades que visam manter a saúde e o bem-estar, a Teoria do Défice de Autocuidado (TDA) “que supõe um desequilíbrio a ser corrigido por profissionais” (Reis et al., 2021, p.4), “descrevendo e explicando a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de Enfermagem” (Lobo & Palma, 2024, p. 5158) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que se foca nas relações que precisam ser estabelecidas e mantidas, de modo a possibilitar a prática de Enfermagem (Lobo & Palma, 2024; Santos et al., 2017).

Inserida no Paradigma da Integração, a Teoria de Orem conceptualiza os Cuidados de Enfermagem como uma ajuda para ultrapassar dificuldades no autocuidado. A pessoa é entendida como um todo integrado com dimensões biológicas, sociais e simbólicas, dotada de motivação para alcançar o autocuidado. A saúde corresponde à integridade do sistema, traduzindo-se num estado de totalidade da pessoa, das suas partes e dos seus modos de funcionamento. O ambiente é entendido como um subcomponente da pessoa, que juntamente com ela, forma um sistema integrado relacionado com o autocuidado (McKenna, 2006).

O autocuidado, nesta perspetiva, assume-se como eixo central da prática especializada, orientando a avaliação dos défices existentes, o planeamento de estratégias de capacitação e ensino, e a

implementação de intervenções individualizadas, centradas na recuperação ou manutenção da autonomia funcional. Num artigo do *Rehabilitation Nursing Journal* de 1985, Dorothea Orem relaciona que “o autocuidado é um comportamento aprendido. Como função reguladora, o autocuidado é um elemento da vida quotidiana dos indivíduos. Portanto, deve ser tratado como um elemento constitutivo da reabilitação” (Orem, 1985).

Esta abordagem orienta a avaliação dos défices existentes, o planeamento de estratégias de capacitação e ensino, e a implementação de intervenções individualizadas, centradas na recuperação ou manutenção da autonomia funcional. Nesta perspetiva, o autocuidado assume-se como eixo central da prática especializada, sendo determinante na promoção da independência e na preparação da pessoa para a transição segura entre contextos de cuidado (Ribeiro, 2021).

Lobo & Palma (2024) referem que “ao aplicar as Teorias do Autocuidado, o Enfermeiro garante uma resposta adequada, identificando com maior facilidade as necessidades e os défices do autocuidado existentes, direcionando a sua atuação, com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa dependente, potenciando os ganhos em saúde” (p. 5159).

Também Ribeiro et al. (2021) salientam que compete ao enfermeiro identificar os défices que comprometem o autocuidado e desenvolver estratégias que promovam a autonomia na sua execução. Para isso é essencial que o profissional, estabeleça uma relação terapêutica sólida, avalie o potencial de reabilitação da pessoa cuidada e implemente programas individualizados, recorrendo a intervenções compensatórias e a sistemas de apoio que facilitem a adaptação à sua condição de saúde existente. Assim o EEER, “articula as suas capacidades terapêuticas, com as capacidades de autocuidado da pessoa com necessidades especiais e família, respondendo às suas necessidades, exercendo o seu papel de agente de autocuidado terapêutico” (Ribeiro et al., 2021, p.54).

A ER desempenha um papel central na promoção do bem-estar e autonomia da pessoa cuidada, sobretudo na sua capacitação para o autocuidado. Esta vertente da prática profissional permite que os indivíduos recuperem ou mantenham a sua funcionalidade nas AVD, reduzindo dependência e promovendo qualidade de vida. Num estudo de Santos et al. (2021), os resultados demonstram que as pessoas que receberam cuidados estruturados de enfermagem de reabilitação, apresentaram ganhos expressivos na independência funcional e na realização das atividades de vida diária.

A Reabilitação Respiratória, constitui uma intervenção especializada central na ER, especialmente em pessoas com doenças respiratórias crónicas, sendo essencial para restaurar a capacidade funcional, promover a autonomia e melhorar a qualidade de vida. Segundo a OE (2018) o EEER deve conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação respiratória individualizados que integram componentes físicos, educativos e psicossociais.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS), citada no Guia orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória (OE, 2018), esta área de intervenção, define-se como:

“um processo global e dinâmico que visa a recuperação física e psicológica da pessoa com incapacidade, tendo em vista a sua reintegração social (...), na qual diversos profissionais de saúde têm um papel fundamental, e nos quais se inclui o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” (p.19)

Esta definição evidencia a natureza multimodimensional da RR e a importância do trabalho interdisciplinar, destacando o EEER como agente central na implementação de intervenções personalizadas.

Concebida como um programa multimodal, a RR integra avaliação clínica detalhada, treino físico, treino respiratório, educação terapêutica, apoio psicossocial e estratégias de autogestão. A evidência demonstra que combinações estruturadas de exercício e educação conduzem a ganhos significativos na funcionalidade e qualidade de vida (Silva & Delgado, 2020).

De forma complementar a DGS sublinha que, “integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença” (DGS, 2009, p.1).

O EEER dotado de competências científicas, técnicas e humanas, tem a responsabilidade de promover intervenções que “permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.” (OE, 2019, p.13567). A educação terapêutica, enquanto estratégia que visa dotar a pessoa de conhecimento e competências para gerir a sua condição, assume um papel determinante na efetividade

das intervenções. O ensino da técnica correta do uso de terapêutica inalatória, toma particular relevância uma vez que se associa a maior eficácia farmacológica e melhor controlo sintomático. Paralelamente, o EEER implementa programas estruturados de treino respiratório – incluindo respiração diafragmática, expiração com lábios semi-cerrados e exercícios de expansão torácica – fundamentais para otimizar a ventilação, reduzir a dispneia e melhorar a tolerância ao esforço. (OE, 2018)

A ligação entre a RR e o autocuidado é direta e multifacetada, constituindo um eixo central da intervenção do EEER. Esta área de intervenção não se limita ao condicionamento físico ou à melhoria isolada da função pulmonar, mas assume-se como um processo educativo e capacitador, orientado para a promoção da autonomia e da autogestão da condição de saúde. Através de programas estruturados de educação terapêutica, a pessoa desenvolve competências para compreender a sua doença, reconhecer sinais de alerta, gerir sintomas e adotar comportamentos que favoreçam a manutenção da funcionalidade no quotidiano (Moura et al. 2024, Pereira et al., 2020; Silva et al., 2023).

Os resultados de um estudo desenvolvido por Machado et al. (2024) evidenciaram que o agravamento da dispneia se associa a maiores limitações da vida diária e a um compromisso significativo do autocuidado na pessoa com DPOC, reforçando a relação entre a função respiratória, funcionalidade e autonomia. Estes achados sustentam a RR como uma intervenção crucial da ER, ao demonstrar que a redução da dispneia e a melhoria da tolerância ao esforço têm um impacto direto na capacidade da pessoa gerir o seu quotidiano, realizar AVD e manter o autocuidado.

Neste sentido, a RR configura-se como um processo transformador, que alia a aquisição de conhecimento ao treino de competências. Este enfoque é determinante para uma transição segura para o domicílio e para a manutenção de ganhos funcionais (Sousa et al., 2020).

Considerando a diversidade de situações clínicas que emergem nos contextos assistenciais, o autocuidado emerge como um elemento transversal e fundamental na intervenção do EEER, sendo continuamente ajustado à singularidade funcional, cognitiva e emocional da pessoa. A literatura reforça que os programas de reabilitação devem ser “personalizados de acordo com o contexto individual da pessoa, a fim de torná-la ativa e participativa no seu plano de capacitação para o autocuidado” (António et al., 2025).

Assim, no âmbito da capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação, o EEER direciona o foco de atenção para o conhecimento e aprendizagem de capacidades.

Ao nível do conhecimento empodera a pessoa para a tomada de decisão maximizando a sua autonomia e paralelamente “vai servir-se da aprendizagem de capacidades para tornar a pessoa mais independente na realização das atividades de vida diária.” (Sousa et al., 2020).

Neste sentido, quando a pessoa desenvolve competências e reconhece-se como agente ativo no seu próprio cuidado, atravessa processo de transição com maior segurança e preparação, revelando uma capacidade acrescida para enfrentar, de forma eficaz, os desafios inerentes ao quotidiano.

A Teoria das Transições conceptualizada por Afaf Ibrahim Meleis, dirige a atenção à complexidade das mudanças vivenciadas pela pessoa, incluindo aspetos físicos, psicológicos e sociais. Para Meleis a transição é um processo de passagem, originado pela mudança de um estado ou condição de certa forma estável, para outro estado, o que implica alterar comportamentos, procurar novos conhecimentos e atribuir um novo significado à sua identidade (Meleis, 2010).

Segundo Meleis (2010), a teoria identifica um conjunto de elementos centrais que moldam a experiência de transição. Entre eles destaca-se a natureza da transição – que pode ser desenvolvimental, situacional, de saúde-doença ou de carácter organizacional – bem como os fatores que a facilitam ou inibem, os seja as condicionantes da transição. Incluem-se ainda os padrões de resposta, que abrangem indicadores de processo, como sentir-se ligado, a capacidade de *coping* ou o desenvolvimento de confiança; e indicadores de resultado, como a mestria. Por fim, integram esta estrutura conceptual, as intervenções terapêuticas que contribuem para reduzir transições não saudáveis e promover respostas positivas ao processo de mudança. Estas intervenções de Enfermagem incluem a avaliação de enfermagem, o recurso à memória estruturada, o apoio na clarificação ou suplementação de papéis, bem como a criação de um ambiente seguro (Meleis, 2010; Lobo & Palma, 2024).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, oferece assim um enquadramento particularmente pertinente para a prática do EEER, sobretudo em contextos em que a pessoa enfrenta alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais de correntes de doença ou incapacidade. Segundo Sousa et al. (2020) a pessoa só consegue envolver-se de forma efetiva no processo de transição depois de reconhecer as mudanças que está a viver, o que reforça a importância da avaliação contínua e do apoio orientado pelo EEER.

O EEER, ao promover o envolvimento ativo com a família, cuidadores e equipa multidisciplinar, bem como ao facilitar a compreensão da condição de saúde e do processo de recuperação, contribui para

que a pessoa clarifique expectativas, reorganize comportamentos e mobilize recursos para enfrentar a mudança de forma mais segura.

Do mesmo modo, os indicadores de resultado, como a mestria e a integração fluida da identidade, refletem diretamente os objetivos centrais da Reabilitação. A aprendizagem de capacidades constituiu, para além de um meio de recuperar funcionalidade, um processo de reconstrução de identidade, no qual a pessoa integra as limitações e as potencialidades, alcançando maior autonomia e controlo da sua vida. (Sousa et al, 2020)

As terapêuticas de enfermagem, como o ensino, a orientação, a criação de um ambiente facilitador, o apoio emocional e o reforço de papéis, são intrínsecos às competências do EEER. A prática especializada em Reabilitação apoia a pessoa a compreender a transição em que se encontra, a gerir os seus desafios, a adquirir capacidades para o autocuidado e a desenvolver estratégias para lidar com exigências futuras, promovendo transições saudáveis e seguras.

Segundo Lobo & Palma (2024), o EEER contribui para o “desenvolvimento de um processo de transição saudável e eficaz visto que tem competências no sentido de elaborar, implementar, monitorizar e avaliar programas dirigidos de reeducação funcional e de treino, capacitando assim a pessoa para o autocuidado.” (p. 5161)

Neste sentido, a transição do cuidado hospitalar para o domicílio, exige um planeamento estruturado, incluindo momentos formativos com sessões de educação para a saúde dirigidas quer à pessoa cuidada, quer à sua família (Gama et al., 2025). Requer igualmente articulação entre os diferentes serviços de saúde, de modo a garantir a continuidade do cuidado e uma comunicação interdisciplinar eficaz, bem acompanhamento pós alta, promovendo segurança e qualidade das intervenções implementadas (Gama et al., 2025).

Neste processo o EEER assume-se como um agente diferenciador na equipa interdisciplinar “uma vez que contribui diretamente para a modificação dos resultados, através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa e da família.” (Lobo & Palma, 2024, p.5162)

Assim, “na orientação da prática de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional” (PQCEEER, 2015, p.4). Neste contexto, os enunciados descritivos da qualidade

do exercício profissional definidos pela Ordem dos Enfermeiros assentam em múltiplos eixos fundamentais, nomeadamente na satisfação da pessoa cuidada, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado. Integram ainda a readaptação e reeducação funcional, a prevenção do estigma e da exclusão social, bem como a organização adequada e sistematizada dos cuidados de Enfermagem. Desta forma, “no que concerne ao bem-estar e o autocuidado, o EEER tem como objetivo principal maximizar o bem-estar da pessoa, substituindo ou complementando as atividades nas quais a pessoa apresenta algum nível de dependência, numa busca constante pela excelência dos cuidados” (Lobo & Palma, 2024, p.5161)

A Best Practice Guideline – Transitions in Care and Services publicada em 2023 pela Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO), reúne recomendações baseadas na melhor evidência disponível, com o objetivo de apoiar profissionais de saúde e organizações na gestão das transições cuidados. Estas transições, entendidas como movimentos da pessoa entre diferentes contextos de prestações de cuidados, assumem particular relevância no âmbito da ER (RNAO, 2023).

A RNAO destaca que a segurança e eficácia destas transições dependem de uma colaboração estreita entre os profissionais, a pessoa e a sua rede de apoio. Esta articulação deve ocorrer em todas as fases do processo – antes, durante e após a mudança de contexto, garantindo uma avaliação conjunta das necessidades de cuidados e da preparação para a transição. Assim, a pessoa e a família são capacitadas a participar ativamente, recebendo informação clara e contextualizada, promovendo uma tomada de decisão informada e consciente.

A orientação sublinha o papel central da articulação interprofissional na elaboração de um plano de transição personalizado, ajustado às especificidades e objetivos de cada pessoa (RNAO, 2023). Este planeamento reflete a necessidade de uma abordagem centra na pessoa e na família, considerando valores, crenças, preferências e contexto cultural, de forma a promover adesão, segurança e eficácia das estratégias de autocuidado. Neste sentido, a prática do EEER vai para além da simples aplicação de técnicas, incorporando uma visão holística e humanizada do cuidado.

A diretriz da RNAO para o Cuidado Centrado na Pessoa e Família (RNAO, 2025), manifesta uma prática orientada por princípios estruturantes como o respeito pela dignidade, a comunicação clara, a participação informada e a parceria efetiva. Neste enquadramento, o cuidado deixa de ser exclusivamente técnico para integrar uma dimensão relacional, onde a escuta ativa, a sensibilidade

cultural e a adaptação da comunicação assumem uma importância central. Neste processo, o Enfermeiro atua como mediador, criando um ambiente terapêutico de confiança e respeito, no qual a dignidade, a individualidade e participação ativa da pessoa são asseguradas. A tomada de decisão é entendida como um processo contínuo, que requer informação clara e acessível e o respeito pelas preferências da pessoa, envolvendo a família sempre que isso corresponda à sua vontade (RNAO, 2025).

Assim, a ER ao articular regulamentação profissional, políticas de saúde, teorias de autocuidado, funcionalidade, capacitação, transição e abordagem centrada; sustenta uma prática especializada, orientando intervenções que promovem autonomia, continuidade e qualidade de vida.

Este enquadramento conceptual constituiu-se como o alicerce teórico da experiência formativa desenvolvida ao longo deste percurso de especialização.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS

A reflexão crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo exige, como ponto de partida, a contextualização dos ambientes da prática onde estas foram mobilizadas, testadas e progressivamente consolidadas. Os estágios realizados em contexto comunitário e em contexto hospitalar, constituíram cenários distintos, mas complementares, para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER.

A UMDR configurou-se como um contexto privilegiado para a intervenção reabilitativa orientada para a autonomia, a funcionalidade e a preparação da transição para o domicílio. A prática desenvolvida neste contexto centrou-se na pessoa com limitações funcionais decorrentes de processos neurológicos, respiratórios e musculo-esqueléticos, privilegiando uma abordagem individualizada, ajustada às capacidades, necessidades e objetivos de cada pessoa. A proximidade ao contexto comunitário favoreceu a integração dos determinantes ambientais, familiares e sociais no planeamento das intervenções, permitindo uma atuação orientada para o autocuidado, a continuidade dos cuidados e a reintegração progressiva na vida quotidiana.

Neste cenário, a ER assumiu uma responsabilidade central na avaliação funcional, no treino das AVD, na prescrição e ensino de produtos de apoio e na capacitação da pessoa e do cuidador informal. A intervenção desenvolveu-se numa lógica de parceria, promovendo a participação ativa da pessoa no processo de reabilitação e preparando de forma intencional a transição entre contextos, numa perspetiva de segurança, adaptação e qualidade de vida.

Por sua vez, o estágio realizado no serviço de internamento hospitalar, decorreu num contexto marcado por elevada complexidade clínica, caracterizado pela presença de pessoas com múltiplas comorbilidades, situações agudas e crónicas descompensadas e elevados níveis de dependência funcional. Neste ambiente, a intervenção do EEER exigiu uma adaptação contínua às condições clínicas instáveis, uma monitorização rigorosa e uma articulação estreita com a equipa interdisciplinar.

A prática hospitalar centrou-se sobretudo, na prevenção de complicações associadas, ao internamento, na reabilitação respiratória, na promoção da mobilidade precoce, na manutenção da funcionalidade e na preparação para a alta. A integração da reabilitação no plano global de cuidados revelou-se essencial

para minimizar o efeito da hospitalização, preservar capacidades funcionais e promover o autocuidado, mesmo em fases de maior vulnerabilidade.

A vivência nestes dois contextos permitiu compreender a ER ao longo do *continuum* de cuidados, desde a fase aguda até à reabilitação em contexto comunitário, evidenciando a importância da articulação entre vários níveis de cuidados, da continuidade assistencial e da adaptação das intervenções às transições vivenciadas pela pessoa e pela família. Esta diversidade de cenários contribuiu para o desenvolvimento de um raciocínio clínico mais abrangente, crítico e contextualizado, essencial à prática especializada.

É neste enquadramento que se desenvolve a presente reflexão crítico-reflexiva, centrada na análise das competências mobilizadas e consolidadas ao longo dos estágios, à luz dos referenciais teóricos, normativos e ético-profissionais da ER. A reflexão que se segue procura assim, evidenciar não apenas as intervenções realizadas, mas sobretudo o processo de desenvolvimento de competências, o julgamento clínico subjacente às decisões tomadas e a intencionalidade que orientou a prática desenvolvida nos diferentes contextos de cuidados.

A análise crítico-reflexiva que se segue procura evidenciar o processo de desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das Competências de Mestre, mobilizadas ao longo do percurso formativo. Esta reflexão ancora-se nas experiências desenvolvidas nos dois contextos de estágio previamente caracterizados, procurando demonstrar de que forma a prática clínica contribuiu para consolidar o pensamento crítico, o julgamento clínico especializado e a tomada de decisão fundamentada. Destaca-se, em particular, o desenvolvimento de competências orientadas para a capacitação da pessoa para o autocuidado, com especial enfoque no processo de transição do cuidado hospitalar para o domicílio.

O exercício do EEER, encontra-se enquadrado por documentos normativos essenciais, destacando-se entre eles o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015); Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 392/2019) e o Regulamento dos Padrões de

Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº350/2015).

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Assim o percurso formativo permitiu desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, entendidas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, como competências que são

partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.39)

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

Ambos os estágios promoveram a compreensão da responsabilidade ética e legal associada a uma prática especializada, autónoma, complexa e fundamentada na evidência, orientada para os ganhos em saúde. Esta atuação sustentou-se no cumprimento dos princípios de autonomia, beneficência e justiça, essenciais em contextos de elevada vulnerabilidade, como os observados em ambos os contextos.

Em situações de grande dependência funcional, com compromisso significativo do autocuidado, foi necessário tomar decisões que equilibrassem a promoção da autonomia com a garantia de segurança. A reflexão centrada na pessoa e na família, o respeito pelas suas preferências, valores e crenças, e a comunicação clara e eficaz permitiram decisões partilhadas e alinhadas com os princípios orientadores da ética profissional.

Em contextos de elevada dependência funcional, nos quais o compromisso do autocuidado é significativo, o Enfermeiro Especialista é desafiado a exercer um julgamento clínico que equilibre, de forma ética e fundamentada, a promoção da autonomia com a garantia da segurança da pessoa. Esta dimensão ética, é particularmente evidente quando a pessoa não consegue satisfazer total ou parcialmente, as suas necessidades de autocuidado, exigindo intervenções compensatórias ou parcialmente compensatórias, como descrito por Dorothea Orem na sua Teoria do Défice de Autocuidado. Nestas situações, tornou-se necessário, assumir um papel central na identificação rigorosa

dos défices, na adaptação das intervenções às capacidades remanescentes da pessoa e na capacitação progressiva, respeitando sempre o princípio da autonomia.

A atuação fundamentada na centralidade da pessoa e da família, reflete a prestação de cuidados especializados, baseados numa abordagem holística, ética e humanizada. O respeito pelas preferências, valores, crenças e contexto sociocultural da pessoa e família permitiu uma compreensão mais profunda do significado da dependência e da doença, favorecendo decisões partilhadas, individualizadas e personalizadas. Esta abordagem está em consonância com as orientações da RNAO, que defendem o cuidado centrado na pessoa, a tomada de decisão partilhada e a parceria terapêutica como pilares da qualidade e segurança dos cuidados.

A Teoria das Transições ofereceu igualmente um enquadramento conceptual relevante, ao reconhecer que situações de dependência funcional representam transições complexas, seja de saúde/doença, situacionais ou desenvolvimentais, que afetam não apenas a pessoa, mas também a família. Desta forma, enquanto facilitadora de transição, promovi intervenções que visaram reduzir a vulnerabilidade, fortalecer mecanismos de *coping* e potenciar a adaptação, assegurando a continuidade e a coerência dos cuidados que prestei. A comunicação clara, empática e eficaz revelou-se essencial para apoiar a pessoa e a família na compreensão da situação, na redefinição de papéis e na integração das mudanças impostas pela dependência.

Do ponto de vista ético- deontológico, as decisões tomadas refletiram o compromisso com os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, integrando simultaneamente a evidência científica e as recomendações da RNAO no domínio da segurança, prevenção de riscos e envolvimento da família como parceira de cuidado.

Assim, ao longo deste percurso vivi situações que exigiram uma profunda atenção às dimensões ética, legal e de responsabilidade profissional. Procurei orientar a minha prática pelos princípios que sustentam as competências definidas no respetivo enquadramento legal, agindo “de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional” e mantendo sempre presente a necessidade de garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019).

Durante o processo de preparação para a alta, identifiquei que uma pessoa com baixo suporte familiar, não reunia condições para regressar ao domicílio em segurança. Apesar da pressão institucional para

agilizar a alta, procurei garantir que os direitos da pessoa e família fossem respeitados, articulando com a assistente social, a terapeuta ocupacional e a equipa de saúde comunitária para reavaliar alternativas e assegurar o apoio necessário. Esta situação reforçou a minha responsabilidade enquanto futura Enfermeira Especialista numa posição de advogada da pessoa cuidada, defendendo cuidados dignos e adequados.

No serviço de internamento de Medicina Interna, perante o cuidado à pessoa com dificuldade respiratória, que tinha recusado participar no treino respiratório, por receio de descompensação do seu quadro de dispneia, foi essencial assegurar o seu consentimento. Expliquei o objetivo das técnicas, os possíveis desconfortos e os seus benefícios; após o esclarecimento, a pessoa aceitou participar. Este episódio evidenciou a importância da comunicação terapêutica, da transparência e do respeito pela decisão informada.

Ainda no mesmo serviço, a intervenção do EEER junto de pessoas em fase terminal, colocou desafios éticos consideráveis, sobretudo no equilíbrio entre a promoção da autonomia e o respeito pela dignidade e conforto. A experiência em estágio evidenciou que, apesar das intervenções de reabilitação poderem preservar capacidades funcionais e favorecer o bem-estar, nem sempre são desejáveis ou proporcionais nesta fase. Assim, tornou-se fundamental ponderar a intensidade e o objetivo de cada intervenção, evitando acrescentar sofrimento, cansaço desnecessário ou intrusividade. Esta reflexão reforçou a necessidade de uma prática pautada pelos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e respeito pela vontade da pessoa e da família, centrando a Reabilitação na promoção do conforto, da qualidade de vida e da dignidade no fim de vida.

Num ambiente marcado pela diversidade cultural, o estágio de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade, foi propício à promoção de ambientes seguros, protegidos e centrados, nas diferentes dimensões física, psicossocial, cultural e espiritual. Esta experiência promoveu sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais da pessoa ou grupo, reconhecendo estas dimensões como essenciais à perceção de segurança e bem-estar.

Foram realizados dois Relatos de Caso Clínico (Apêndice I e II), um em contexto comunitário e outro no estágio, em internamento hospitalar. A sua elaboração teve início apenas após a obtenção do consentimento informado das pessoas envolvidas, garantido o respeito pelos princípios éticos de autonomia, anonimato e confidencialidade.

Considerando ainda, que o Código Deontológico do Enfermeiro constitui o referencial que norteia a atuação profissional, importa sublinhar que foi considerada confidencial “toda a informação acerca do destinatário de cuidados e família, qualquer que seja a fonte” e a informação pertinente foi partilhada “só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” tal como referido pela OE (2015, p. 78).

Assim este percurso formativo permitiu-me desenvolver e consolidar a competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, conforme definido pela OE. As atividades desenvolvidas ao longo de diferentes contextos de estágio só foram possíveis pela aquisição progressiva desta competência, evidenciada na tomada de decisões clínicas éticas e fundamentadas, no respeito pelos direitos da pessoa e família, na integração do enquadramento legal e deontológico e na capacidade de agir como defensora da pessoa cuidada, mesmo em contextos de elevada complexidade e pressão institucional. Este desenvolvimento sustentou uma prática autónoma, responsável e alinhada com os valores da Enfermagem de Reabilitação, enquanto futura enfermeira Especialista.

No domínio da melhoria contínua da qualidade:

Neste domínio, e de acordo com Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), procurei assumir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (p.4745).

O desenvolvimento desta competência permitiu-me identificar necessidades, propor intervenções sustentadas na evidência e implementar estratégias que visaram a melhoria da segurança, da continuidade e da qualidade dos cuidados de ER, particularmente no processo de transição do cuidado hospitalar para o domicílio.

Neste contexto, e em articulação com a Enfermeira orientadora do Estágio Profissionalizante, participei ativamente em momentos formativos dirigidos à equipa de Enfermagem e Técnicos Auxiliares de Saúde sobre a avaliação e a gestão da disfagia, reconhecendo a relevância desta problemática na população envelhecida e o seu impacto direto na segurança e no autocuidado. Esta intervenção encontra enquadramento na TDA de Orem, ao capacitar os profissionais para a identificação precoce dos défices relacionados com a alimentação e hidratação, permitindo intervenções parcialmente compensatórias e

de suporte-educação mais adequadas às capacidades da pessoa. Simultaneamente, esta ação contribui para a padronização de práticas, alinhando-se com os PQCEEER (2015), nomeadamente na promoção da saúde, prevenção de complicações e continuidade dos cuidados. Segundo Sousa et al. (2025) “a intervenção do EEER é crucial na redução das complicações da disfagia, diminuindo o tempo de internamento e, consequentemente, ganhos em saúde com melhores *outcomes* e redução de custos.” (p.3).

Estas sessões permitiram atualizar conhecimentos, uniformizar procedimentos e reforçar práticas seguras associadas sobretudo relacionadas com a administração de terapêutica, alimentação e hidratação. Através destes momentos de partilha, foi possível esclarecer dúvidas sobre o uso de espessante e suas recomendações, o registo adequado, assim como reforçar a identificação precoce de sinais de disfagia, a adoção de posturas seguras durante a alimentação e a necessidade de encaminhamento para a avaliação especializada quando indicado. Estas intervenções estão em consonância com as orientações da RNAO, que preconizam a utilização de práticas baseadas na evidência, a redução da variabilidade clínica e a promoção de cuidados seguros centrados na pessoa.

Com o objetivo de reforçar práticas de qualidade e promover a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, realizei um levantamento das necessidades do serviço de Medicina Interna, tendo sido identificada a pertinência de um follow-up estruturado às pessoas cuidadas após o regresso ao domicílio. Neste âmbito elaborei o “Guia de Acompanhamento Pós-Alta” (Apêndice VIII), aplicado através de chamada telefónica ao 5º dia e 8º dia após a alta. Este instrumento permitiu sistematizar a avaliação do autocuidado, verificar a adesão ao regime terapêutico, identificar precocemente complicações e necessidades emergentes, bem como orientar intervenções de reforço educativo ou articulação com recursos comunitários.

Este guia encontra fundamentação na Teoria das Transições de Afaf Meleis, ao reconhecer a transição hospital-domicílio como um período de elevada vulnerabilidade, exigindo intervenções estruturadas que promovam adaptação, segurança e continuidade. “As transições exigem ao Enfermeiro um padrão de resposta individualizado, no reconhecimento precoce de situação críticas e de vulnerabilidade durante o processo de transição” (Lobo & Palma, 2024).

Ao mesmo tempo reflete os pressupostos de Orem, ao apoiar a pessoa e o cuidador no desenvolvimento das competências necessárias para a gestão do autocuidado no contexto domiciliário. A sua

implementação contribui para a redução da variabilidade da prática, prevenção de complicações e diminuição do risco de readmissões, evidenciando o EEER como agente ativo na melhoria contínua da qualidade e alinhando-se com as recomendações da RNAO sobre transições seguras e continuidade de cuidados (RNAO, 2023).

Foi ainda elaborado um plano semanal de exercícios respiratórios (Apêndice IX) a entregar no momento da alta, com o objetivo de assegurar a continuidade das intervenções de ER no domicílio. Este plano integra exercícios realizados durante o internamento, permitindo à pessoa manter a rotina terapêutica segura e orientada, reforçando a adesão ao regime terapêutico e a manutenção da função respiratória. Esta intervenção reforça o papel do EEER como facilitador do autocuidado, em consonância com Orem e como promotor de transições saudáveis, conforme preconizado por Meleis.

A conceção e implementação destes instrumentos evidenciam a integração dos PQCEEER, ao promoverem a continuidade e organização dos cuidados, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado e a reeducação funcional, enquanto eixos centrais da intervenção do EEER. Estes instrumentos possibilitaram cuidados intencionais e sistemáticos, orientados para a maximização da funcionalidade, capacitação da pessoa e do cuidador e adaptação eficaz ao contexto domiciliário, contribuindo para ganhos em saúde sensíveis à ER, nomeadamente em autonomia, segurança e qualidade de vida.

Assim as atividades desenvolvidas neste domínio só foram possíveis pela aquisição e consolidação da competência no domínio da melhoria contínua da qualidade, que se traduziu na capacidade de identificar necessidades, implementar estratégias inovadoras, avaliar práticas e promover cuidados de ER seguros, eficazes e sustentados na evidência.

No domínio da gestão dos cuidados:

A participação numa formação sobre prevenção de lesões musculoesqueléticas, dirigida à equipa de Técnicos Auxiliares de Saúde, constituiu uma atividade que reforçou a minha atuação dinamizadora no âmbito da gestão dos cuidados. Esta sessão formativa, realizada em colaboração com a Enfermeira orientadora do Estágio Profissionalizante, abordou princípios de ergonomia, técnicas de mobilização segura da pessoa dependente e estratégias para reduzir o esforço físico durante a prestação de cuidados, alinhando-se com o Artigo 7º do Regulamento nº 140/2019 ao promover práticas uniformizadas, seguras e orientadas para a otimização das respostas da equipa. Esta intervenção insere-se igualmente

numa lógica de gestão de risco e segurança, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dependência funcional.

A aplicação e disseminação destes conhecimentos no contexto clínico exigiu competências de orientação, coordenação e comunicação eficaz, fundamentais à gestão dos cuidados, reforçando a importância da correta utilização de técnicas, do posicionamento adequado e da adoção de métodos de mobilização seguros. A adaptação das orientações às especificidades dos diferentes contextos e às necessidades dos profissionais, evidenciou a capacidade de ajustar a “liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

A pertinência desta formação revelou-se particularmente evidente num serviço caracterizado por uma elevada proporção de pessoas com dependência marcada e, conseqüentemente, por um risco acrescido de sobrecarga física para os profissionais. Deste modo, para além do impacto na segurança da pessoa cuidada, contribuiu-se para a proteção da equipa, reduzindo o risco de lesões musculoesqueléticas, situações de incapacidade e fenómenos de absentismo, com repercussões positivas na continuidade e sustentabilidade dos cuidados.

A prevenção de complicações, foi uma preocupação constante ao longo deste percurso de formação, assumindo especial relevância na gestão dos cuidados prestados. No cuidado à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), foram desenvolvidas intervenções preventivas incluíram sessões de educação para a promoção da adesão à terapêutica, prescrição e ensino de programas de reabilitação respiratória, monitorização de sinais de exacerbação e orientação para técnicas de conservação de energia. Estas intervenções, sustentadas pelas normas nacionais (DGS, 2009), refletem uma abordagem sistemática e planeada do cuidado, alinhada com os princípios da TDA, ao capacitar a pessoa para a gestão da sua condição no quotidiano.

Em concordância, a evidência apresentada por Pereira et al. (2020), demonstra que programas de reabilitação baseados em exercício melhoram a capacidade funcional e reduzem o risco de complicações respiratórias, justificando a sua implementação, monitorização e avaliação contínua no âmbito da gestão dos cuidados de ER.

No domínio do processo vascular, amplamente trabalhado no contexto de Reabilitação na Comunidade, as intervenções dirigidas à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), focaram-se na prevenção de complicações decorrentes do referido evento, incluindo a prevenção de pneumonia de aspiração,

quedas, úlceras por pressão e prevenção de espasticidade. De acordo com o Guia de Enfermagem do AVC da Portugal Angels Nurse Task Force (2025), “prevenir e minimizar o impacto das complicações para o doente deverá ser uma prioridade para os enfermeiros e afigura-se de fulcral importância na fase pós-aguda” (p.86).

Estas medidas exigiram articulação interdisciplinar, planeamento e supervisão contínua, por forma a garantir respostas adequadas às necessidades da pessoa e a continuidade dos cuidados, em conformidade com as orientações da DGS (2017). Enquadram-se ainda no enunciado, Prevenção de Complicações, dos PQCEEER, através da identificação precoce de alterações, da prescrição de intervenções preventivas, do rigor técnico/científico, encaminhamento na supervisão de pares e da assunção da responsabilização pelas decisões tomadas.

Em síntese, as intervenções desenvolvidas neste domínio evidenciam a consolidação de competências de gestão de cuidados, refletindo a atuação do EEER como elemento estruturante na organização dos cuidados, na prevenção de complicações e na promoção de práticas seguras. Esta abordagem contribuiu simultaneamente para a proteção da pessoa cuidada, da equipa e para a sustentabilidade dos cuidados, reforçando uma prática especializada, responsável e orientada para a qualidade.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

Ambos os estágios foram marcados pelo investimento contínuo na consolidação de saberes, no contacto com novas abordagens e na integração crítica da evidência científica na prática clínica. A participação em diversos *Webinars* (Anexo II), tais como “Transformação de Cuidados à Pessoa com Asma e DPOC: o Impacto do Enfermeiro”, “Telereabilitação” e “A investigação na formação dos enfermeiros: a experiência dos alumni da ESEL”, constituiu uma oportunidade relevante para a atualização de conhecimentos e para a compreensão de tendências emergentes na prática avançada em Enfermagem de Reabilitação.

De igual modo, a realização de cursos de formação específica (Anexo I), nas áreas da avaliação neurológica com aplicação da Escala NIHSS, disfagia, ventilação mecânica não invasiva, prevenção da Infecção Respiratória permitiu aprofundar competências técnicas e científicas essenciais à intervenção diferenciada em contextos de elevada complexidade.

A observação realizada na consulta de Fibrose Quística revelou-se igualmente significativa, sobretudo pelo contacto com práticas de telereabilitação e telemonitorização, bem como com modelos organizacionais que integram tecnologias digitais na prestação de cuidados centrados contínuos e individualizados. Esta experiência contribuiu para ampliar a compreensão do potencial das soluções digitais na promoção da continuidade de cuidados e da autonomia da pessoa.

Paralelamente, o desenvolvimento de vários materiais educativos e ferramentas de apoio à prática constituiu um exercício de articulação entre conhecimento teórico e as necessidades reais das pessoas cuidadas. Assim, foram elaborados um guia de acompanhamento pós-alta, um dossier para treino do autocuidado no vestir e despir dirigido a pessoas com AVC, um painel de exercícios para a motricidade orofacial (Apêndice III) e um programa de exercícios respiratórios – produções fundamentadas na evidência e orientadas para promover autonomia, segurança e continuidade de cuidados no domicílio. Estes recursos, foram concebidos com o objetivo de promover a autonomia, a segurança e a continuidade de cuidados no domicílio, representando simultaneamente um contributo para a melhoria da qualidade da intervenção, e para o desenvolvimento da capacidade de transformar conhecimento científico em instrumentos clinicamente relevantes e acessíveis.

O processo reflexivo ocupou igualmente lugar central ao longo do percurso formativo. A elaboração de relatos de caso clínico e de análises critico-reflexivas presentes nos relatórios de estágio, constituiu um exercício sistemático de questionamento da prática, permitindo identificar áreas de maior consistência e aspetos suscetíveis de melhoria. Esta reflexão sustentada favoreceu o desenvolvimento de um posicionamento profissional mais consciente, fundamentado e eticamente responsável.

Por fim, a colaboração com elementos da equipa em fase de integração contribuiu para o reforço das competências relacionais, pedagógicas e de supervisão. A partilha de conhecimentos em situações de maior complexidade, como o tratamento de feridas complexas, a gestão de más notícias ou a articulação com estruturas da comunidade, permitiu apoiar a formação dos colegas e consolidar a prática especializada, reconhecendo a importância da aprendizagem colaborativa e da responsabilidade partilhada na prestação de cuidados de qualidade.

Em síntese, estas experiências evidenciam um percurso formativo assente numa aprendizagem contínua, crítica e reflexiva, orientada para a excelência e sustentada na melhor evidência disponível, em consonância com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A integração

sistemática da evidência científica, a reflexão sobre a prática e a partilha de saberes constituíram elementos centrais para a evolução do meu desempenho e para a construção de uma prática especializada mais consciente, fundamentada e responsiva aos desafios da ER.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio, refere que a Reabilitação “enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.”. Neste mesmo enquadramento legal, os objetivos da disciplina centram-se na melhoria da função, na promoção da independência e na maximização da satisfação da pessoa, contribuindo simultaneamente para a preservação da sua autoestima. (OE, 2019)

Já o EEER, “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (OE,2019). Significa, portanto, que a sua intervenção não se limita à execução de técnicas, mas envolve um processo clínico, abrangente e contínuo. Implica avaliar de forma detalhada as capacidades e limitações da pessoa, antecipar riscos, definir objetivos de reabilitação adequados e selecionar estratégias que recuperem a funcionalidade e a autonomia. Além disso exige acompanhamento próximo da evolução, ajustando o plano sempre que necessário, assegurando que cada intervenção é individualizada, fundamentada e orientada para ganhos efetivos em saúde.

Constituem-se como Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, enunciadas no Regulamento supracitado, as que se apresentam de seguida:

- 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 (p.13566)

As competências supracitadas, refletem claramente os pressupostos de Orem e Meleis. A primeira centra-se no reconhecimento dos défices de autocuidado e na resposta ajustada às respostas humanas da pessoa dependente evidenciando o pressuposto de Dorothea Orem, enquanto que a segunda competência traduz uma intervenção orientada para a capacitação durante processos de transição, promovendo adaptação, autonomia e participação social, como manifestado por Afaf Meleis. A última, materializa-se na recuperação e otimização da funcionalidade, resultado direto da intervenção especializada que visa restaurar ou compensar limitações, reforçando a independência e a qualidade de vida.

Neste sentido as competências específicas do EEER constituem o alicerce da prática especializada e orientam a intervenção em diferentes contextos de cuidado. Assim torna-se fundamental que o EEER assuma uma postura reflexiva, ética e continuamente fundamentada na melhor evidência disponível.

Percebe-se assim que cuidar, capacitar e maximizar funcionalidade não constituem intervenções isoladas, mas antes pilares interdependentes que dão sentido à prática especializada. Sob a perspetiva de Orem, cuidar implica identificar limitações no autocuidado e intervir de forma compensatória ou educativa; capacitar corresponde ao processo de desenvolver as capacidades da pessoa para que esta consiga, de forma progressiva cuidar de si mesma com maior autonomia. Já Meleis permite compreender estas dimensões como processos dinâmicos inseridos em transições, nas quais o enfermeiro atua como facilitador da adaptação e reorganização da vida da pessoa.

Cuidar implica reconhecer vulnerabilidade, escutar a pessoa e ajustar a intervenção às suas respostas humanas e expectativas. Capacitar pressupõe transformar essa vulnerabilidade em possibilidade, promovendo o conhecimento, a autonomia e a participação ativa. Maximizar a funcionalidade corresponde ao momento em que estas dimensões se materializam em ganhos reais na vida da pessoa, através da recuperação ou otimização das suas capacidades e do apoio na adaptação às limitações que possam persistir.

Quando observadas de forma integrada, estas competências traduzem um compromisso profissional profundo com a dignidade humana, a autodeterminação e o respeito pela individualidade de cada pessoa. Exigem que o enfermeiro equilibre rigor técnico com sensibilidade humana, que tome decisões fundamentadas, mas também conscientes do contexto, e que atue como facilitador de percursos de reabilitação que sejam significativos e seguros, promovendo transições saudáveis e sustentáveis.

Assim, compreender e operacionalizar estas competências implica não só executar intervenções, mas construir relações terapêuticas, desenvolver pensamento crítico, articular recursos e adaptar estratégias, que promovam autonomia, continuidade de cuidados e *empowerment* da pessoa e família.

J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade

No âmbito da apreciação da funcionalidade e da identificação das alterações que condicionam a realização das atividades e potenciam situações de incapacidade, a utilização dos “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em enfermagem de Reabilitação” identificados pela Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação constitui um suporte essencial para uma avaliação rigorosa, sistematizada e orientada para a prática especializada. Estas ferramentas permitiram compreender de forma abrangente e estruturada a condição funcional da pessoa, na medida em que ajudam a “caracterizar a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida” (OE, 2016).

À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, a utilização destes instrumentos, revelou-se particularmente relevante, uma vez que permitiu reconhecer que a perda funcional não constitui apenas um evento clínico, mas um processo de transição complexo, marcado por instabilidade, necessidade de reorganização de papéis e ajustamento progressivo da pessoa e da família à nova condição de dependência. A avaliação sistematizada possibilitou identificar indicadores de transição saudável ou comprometida, como a capacidade de assumir novos comportamentos de autocuidado, o grau de envolvimento do próprio e da família e os recursos disponíveis.

Simultaneamente, esta avaliação estruturada permitiu identificar défices de autocuidado, tal como preconizado por Dorothea Orem, possibilitando ao EEER compreender em que domínios a pessoa apresentava limitações funcionais que comprometiam a sua capacidade de agir como agente do próprio cuidado. Assim, o processo avaliativo não se limitou à dimensão física, mas integrou aspetos cognitivos, emocionais, sociais e contextuais que influenciam diretamente a autonomia e participação.

A elaboração de relatos de caso clínico constituiu uma ferramenta central neste processo, constituindo uma estratégia de sistematização do raciocínio clínico especializado. Estes relatos permitiram integrar dados provenientes da avaliação inicial, observação direta, entrevistas à pessoa e família, aplicação de

instrumentos específicos e avaliação do contexto ambiental e social. Esta metodologia permitiu estruturar de forma rigorosa a informação recolhida, favorecendo a identificação precoce de alterações funcionais e a compreensão do impacto dessas alterações na capacidade da pessoa para realizar AVD e gerir o autocuidado. Ao organizar e analisar sistematicamente os dados, tornou-se possível estabelecer prioridades fundamentadas, selecionar intervenções dirigidas às respostas humanas reais e potenciais e ajustar continuamente o plano de cuidados à evolução funcional da pessoa.

Este processo encontra correspondência direta com os PQCEEER, na medida em que assegura uma avaliação sistemática e contínua da funcionalidade, sustenta um planeamento individualizado centrado nas capacidades e limitações da pessoa e orienta intervenções precoces que visam prevenir complicações decorrentes da imobilidade, da perda funcional e da dependência. Assim, a utilização desta metodologia não apenas reforçou o rigor do raciocínio clínico, como garantiu a prestação de cuidados especializados alinhados com critérios de qualidade, segurança e efetividade próprios da prática do EEER

No estágio de Reabilitação na Comunidade a avaliação realizada na fase de pré-admissão à unidade exigiu uma abordagem global, contemplando não apenas o estado clínico da pessoa, mas também o seu contexto social e familiar, com vista à preparação do percurso de reabilitação e planeamento de alta desde o momento inicial. O processo envolveu uma análise do processo clínico e articulação com a equipa da instituição de origem, garantindo que todas as informações relevantes estivessem disponíveis para uma compreensão abrangente das necessidades da pessoa. Esta prática encontra sustentação em Meleis, ao reconhecer que a transição para o domicílio é um processo previsível que deve ser antecipado e em Orem, ao permitir identificar desde cedo os recursos e limitações da pessoa e da rede de suporte para a gestão do autocuidado.

A consulta do processo, em ambos os contextos de estágio complementaram a avaliação, fornecendo dados objetivos sobre diagnósticos prévios, evolução funcional e intervenções anteriores, permitindo identificar alterações motoras, respiratórias, cognitivas ou de eliminação que requeriam atenção especializada. Paralelamente, as entrevistas realizadas com a pessoa e família/cuidador permitiram compreender rotinas, hábitos, crenças, valores, barreiras e facilitadores do autocuidado promovendo uma abordagem centrada, conforme recomendado pelas orientações da RNAO.

A observação direta da capacidade funcional para a realização das AVD permitiu identificar limitações concretas e necessidades de adaptação ambiental ou de dispositivos de apoio. A articulação com parceiros comunitários forneceu dados complementares sobre o contexto social e recursos disponíveis.

J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade

Os planos de cuidados foram elaborados com base na recolha sistemática de dados e na avaliação individual de cada pessoa, considerando os antecedentes pessoais, a história familiar, a situação habitacional e a avaliação física, psicológica e cognitiva. Para este processo, foram utilizados instrumentos de recolha de dados, “em articulação com o padrão documental que dão suporte à melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.” (OE, 2016). Esta metodologia permitiu uma fundamentação rigorosa do planeamento, reduzindo a variabilidade da prática e assegurando coerência entre avaliação, diagnóstico, intervenção e resultados esperados.

Na construção dos planos de cuidados, foram igualmente integradas as expectativas, objetivos e prioridades expressas pelas pessoas assistidas, relativamente ao programa de reabilitação, reconhecendo-se a importância da sua participação ativa na definição de metas terapêuticas realistas, significativas e centradas naquilo que é valorizado pela própria pessoa. Esta abordagem encontra sustentação nas orientações da RNAO (2025) que preconizam o cuidado centrado na pessoa e a tomada de decisão partilhada como pilares da qualidade e segurança dos cuidados.

Sob a perspetiva da TDA de Orem, o planeamento de intervenções teve como foco a identificação dos défices de autocuidado e a definição de estratégias ajustadas às capacidades remanescentes da pessoa, privilegiando sistemas parcialmente compensatórios e de suporte/educação. Desta forma, os planos de intervenção foram orientados para o desenvolvimento progressivo de capacidades adaptativas, necessárias ao autocontrolo e à gestão do autocuidado, promovendo a autonomia e reduzindo a dependência sempre que possível.

Com base na avaliação realizada, procedeu-se ao planeamento das intervenções de reabilitação, orientadas pelos diagnósticos e focos de atenção comprometidos identificados no processo avaliativo, bem como pelos resultados esperados definidos para cada situação clínica. Este planeamento foi sempre previamente discutido com a pessoa, garantindo o seu envolvimento, o respeito pelos seus desejos, receios e limites, reforçando o princípio da autonomia.

As estratégias foram também delineadas em parceria com a equipa interdisciplinar, em momentos formais como nas reuniões de serviço semanais, nas reuniões familiares, e de forma contínua durante as passagens de turno, nas quais eram avaliados progressos, dificuldades e prioridades emergentes. Esta dinâmica colaborativa assegurou planos de cuidados coerentes, seguros e ajustados à evolução clínica, encontrando-se em consonância com o enunciado descritivo Bem-estar e Autocuidado dos PQCEEER (2015), ao privilegiar a análise partilhada das alterações da funcionalidade, a definição conjunta de estratégias, metas e resultados esperados, bem como a prescrição de intervenções orientadas para a otimização/ reeducação da função.

Ao envolver ativamente a pessoa no planeamento dos cuidados, o EEER promove a autonomia possível, o autocontrolo e a qualidade de vida, assegurando intervenções individualizadas, seguras e fundamentadas. Esta prática reflete uma intervenção especializadas, pois apoia a pessoa na adaptação às alterações funcionais e no desenvolvimento progressivo de capacidades para o autocuidado ao longo do processo de reabilitação.

A natureza dinâmica e complexa do processo de reabilitação exigiu, contudo, elevada flexibilidade na gestão dos planos de intervenção. Em determinadas situações, os planos inicialmente delineados, precisaram ser reformulados face a imprevistos clínicos, modificações no plano de alta ou constrangimentos relacionados com a disponibilidade do cuidador. Esta capacidade de adaptação revela-se central na Teoria das Transições, ao reconhecer que os processos de saúde/doença e a incapacidade são marcados por instabilidade e exigem uma intervenção ajustada para resuzir a vulnerabilidade e promover uma transição saudável.

Neste sentido, uma das situações que exigiu esta adaptação, ocorreu no Estágio Profissionalizante, com uma pessoa que apresentava limitações significativas no autocuidado para a higiene. Inicialmente foi delineado um plano de treino no duche, orientado para a recuperação da autonomia, respondendo ao desejo expresso pela a pessoa de reduzir a sobrecarga da cuidadora. Contudo, o percurso sofreu alterações inesperadas e uma exacerbação respiratória comprometeu a tolerância ao esforço e aumentou o medo de cair, conduzindo à resistência da pessoa à continuidade do programa. Em simultâneo, a filha informou que, ao contrário do previsto, não poderia acompanhar diariamente o processo após a alta. Perante estas mudanças, tornou-se evidente a necessidade de reajustar o plano, para garantir segurança, continuidade e bem-estar.

Face a este cenário, foi delineado um plano alternativo, centrado na realização do autocuidado por etapas, em posição sentada e integrando técnicas de conservação de energia. Foram ainda solicitados produtos de apoio como assento para o duche e tapetes anti-derrapantes, reduzindo o risco de queda. Estas intervenções refletem a integração dos PQCEEER, nomeadamente no que respeita à prevenção de complicações, ao identificar precocemente riscos, implementar medidas preventivas e minimizar potenciais efeitos adversos. Paralelamente foram reorganizadas as rotinas familiares atendendo aos horários laborais e ativado serviço de apoio domiciliário para a higiene, garantindo suporte adequado no período de menor disponibilidade do cuidador informal.

As atividades desenvolvidas no âmbito da conceção e implementação dos planos de cuidados contribuíram de forma decisiva para a promoção de transições seguras, particularmente nos processos de passagem da dependência para a autonomia e do contexto hospitalar para o domicílio. Ao reconhecer os momentos de maior vulnerabilidade e ao implementar estratégias facilitadoras da adaptação, o EEER, sustentado nos referenciais teóricos abordados, capacita a pessoa e seus cuidadores, promovendo maior segurança, confiança e autonomia na gestão do autocuidado durante a transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliário.

Assim evidencia-se que a conceção e adaptação dos planos de intervenção foram possíveis pela aquisição da competência J1.2, expressa na capacidade de planejar cuidados individualizados, flexíveis e centrados na pessoa, promovendo capacidades adaptativas, autocontrolo e autocuidado ao longo dos processos de transição. Esta competência revelou-se determinante para assegurar intervenções de ER seguras, éticas e orientadas para ganhos funcionais significativos

J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade

Durante este processo de formação, foi possível consolidar e aprofundar competências técnicas, científicas e interdisciplinares nos diversos contextos de cuidado, nomeadamente nas áreas neurológica, cardiorrespiratória, orto-traumatológica e reumatológica, sempre com o propósito de promover o máximo de funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas cuidadas. Este período permitiu compreender e implementar intervenções orientadas pela avaliação funcional, ajustadas às respostas humanas de cada pessoa em alinhamento com o Regulamento nº392/2019, de 3 de maio.

No âmbito da Reeducação Funcional Respiratória (RFR), implementei programas de cinesiterapia respiratória, ensino de estratégias de conservação de energia, técnicas de limpeza das vias aéreas fundamentais para otimizar a eficiência ventilatória, reduzir a intolerância ao esforço e prevenir complicações.

Relativamente à Reeducação Funcional Motora (RFM), desenvolvi programas de treino de marcha – com e sem dispositivos auxiliares – treino de força muscular e exercícios de mobilidade articular, com foco na recuperação da autonomia nas transferências e na realização de mobilizações seguras. Paralelamente, foram integradas estratégias preventivas destinadas a reduzir risco de quedas e outras complicações associadas à limitação funcional. Alguns exemplos são: ensino sobre prevenção de quedas, pressoterapia (Apêndice VI), uso de produtos de apoio, avaliação ambiental e adaptações do espaço.

No domínio da reabilitação funcional global, as intervenções centraram-se na reeducação do equilíbrio, da coordenação motora, da cognição, da motricidade fina (Apêndice V) e no treino de AVD. Estas intervenções revelaram-se essenciais para promover autonomia e favorecer a participação ativa da pessoa no seu processo terapêutico, reforçando a sua autoconfiança e prevenindo complicações secundárias decorrentes da imobilidade ou da descontinuidade de funções.

É ainda relevante salientar que cada intervenção incorporou uma componente educativa estruturada, destinada a explicar os objetivos do programa, ensinar técnicas de autocuidado, demonstrar procedimentos e promover estratégias de manutenção da funcionalidade no domicílio. Esta dimensão educativa revelou-se determinante para garantir a adesão ao plano terapêutico, reforçar a continuidade de cuidados e promover a transferência segura das competências adquiridas para o contexto de vida real.

Esta abordagem, encontrou suporte na TDA de Dorothea Orem, pois intervim de forma compensatória, quando a pessoa não conseguia realizar sozinha determinadas atividades, ou de forma educativa, quando era possível capacitá-la para assumir progressivamente o autocuidado. Ao implementar planos individualizados de reabilitação, procurei reforçar a agência da pessoa, fortalecendo competências para gerir a própria saúde, adaptando intervenções às suas capacidades residuais, promovendo autonomia, segurança e continuidade no contexto domiciliário.

Simultaneamente, reconheci, à luz da teoria das transições, que cada etapa da reabilitação, constituía uma transição vulnerável, em que a minha responsabilidade foi facilitar a adaptação, promover a

aprendizagem e assegurar a segurança. Articulei com a família e cuidadores, selecionei e adaptei produtos de apoio e utilizei estratégias educativas para garantir transições seguras, minimizar riscos e promover resultados funcionais e psicossociais positivos para a pessoa cuidada.

Durante a implementação das intervenções, procurei personalizar os cuidados de acordo com os desejos e preferências de quem cuidei, em consonância com as orientações da RNAO para o cuidado centrado. Ajustei sempre que possível o horário das atividades às rotinas e prioridades manifestadas pela pessoa, promovendo maior conforto, satisfação e adesão ao plano terapêutico, o que também vai ao encontro do enunciado descritivo dos PQCEEER para a satisfação do cliente.

Também reconheci a importância da presença e envolvimento da família, sempre de acordo com os desejos da pessoa, adaptando a sua participação nas atividades de cuidado, nas reavaliações ou na execução das intervenções em contexto domiciliário ou hospitalar. Esta flexibilidade permitiu reforçar a segurança e confiança e a autonomia sem comprometer a continuidade ou qualidade dos cuidados.

Para além das dimensões de segurança e funcionalidade, procurei abordar as necessidades de conforto, com apoio nas AVD, estratégias de conservação de energia, mobilização segura e gestão da dor, antes de introduzir intervenções mais complexas ou avançadas. Desta forma, procurei garantir uma base sólida de bem-estar, permitindo que a pessoa se envolvesse de forma mais ativa e confiante no processo de reabilitação.

Em síntese, as atividades desenvolvidas evidenciam a aquisição e consolidação da competência J1.3, na medida em que implementei, de forma sistemática e fundamentada, intervenções de ER dirigidas à otimização e reeducação de funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardíacas, respiratórias, da eliminação e da sexualidade. A adequação das intervenções às necessidades identificadas, a sua adaptação continua às respostas humanas e contextuais, bem como a integração de estratégias educativas, preventivas e de promoção do autocuidado, permitiram reforçar a autonomia e a capacidade de gestão da própria saúde. Deste modo foi possível assegurar transições seguras entre diferentes contextos de cuidado, contribuindo para a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados prestado

J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas

A implementação, monitorização e avaliação sistemática das intervenções de ER evidenciaram um progressivo desenvolvimento da competência em análise, traduzido na capacidade de analisar criticamente os resultados obtidos e de reajustar o plano de cuidados em função das respostas humanas observadas. A avaliação deixou de ser entendida como um momento isolado, passando a integrar todo o processo terapêutico, orientando decisões clínicas fundamentadas e assegurando a adequação e a eficácia das intervenções.

A avaliação continua dos resultados permitiu monitorizar a eficácia dos programas implementados e identificar necessidades de ajuste. No âmbito da RFM, os programas de treino de marcha e de força muscular, foram acompanhados por observação direta, registo da evolução da independência nas AVD e elaboração de Relatos de Caso Clínico, nos quais se documentaram alterações significativas na mobilidade e no equilíbrio.

Na RFR, a cinesiterapia foi monitorizada através de parâmetros clínicos, capacidade ventilatória e resistência funcional, garantindo a adaptação dos exercícios à tolerância individual e possibilitando ajustes imediatos sempre que se observavam sinais de dispneia ou fadiga excessiva.

A utilização dos instrumentos de avaliação, assumiu simultaneamente uma função avaliativa, interventiva e de monitorização. A execução das tarefas avaliadas permitiu observar diretamente as respostas da pessoa, identificar alterações da funcionalidade e ajustar estratégias de cuidado em tempo real. Estes instrumentos funcionaram como indicadores sensíveis aos cuidados de ER, permitindo evidenciar ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da capacitação, autonomia e qualidade de vida. Entre os indicadores identificados, destacam-se a melhoria da capacidade para realizar AVD de forma independente, a redução do risco de quedas, o aumento da mobilidade e resistência funcional, bem como indicadores qualitativos como a perceção da própria autonomia, a satisfação com a participação nas decisões e a capacidade de gerir situações de saúde no contexto familiar e comunitário.

A luz da TDA de Dorothea Orem, a análise dos resultados permitiu identificar em que medida as intervenções contribuíram para a redução dos défices de autocuidado e para o aumento da capacidade da pessoa em gerir a sua saúde. A monitorização contínua da autonomia nas AVD, da tolerância ao esforço e da funcionalidade sustentou decisões sobre a necessidade de manter intervenções compensatórias, transitar para abordagens parcialmente compensatórias ou reforçar estratégias

educativas, evidenciando um raciocínio orientado para a promoção do autocuidado e da independência progressiva.

Simultaneamente, a avaliação foi desenvolvida com particular atenção aos processos de transição vivenciados pelas pessoas de quem cuidei, em consonância com a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A observação contínua das respostas funcionais, emocionais e adaptativas permitiu reconhecer momentos de maior vulnerabilidade, como fadiga excessiva, insegurança, ansiedade ou dificuldade na adesão às intervenções. Perante estes sinais, procedi a ajustes do plano de cuidados, nomeadamente à intensidade e organização das sessões, à introdução de estratégias de conservação de energia, ao reforço da componente educativa e ao envolvimento progressivo dos cuidadores. Foram igualmente realizados ajustes ambientais e prescritos produtos de apoio, com o objetivo de reduzir riscos e facilitar a adaptação ao contexto domiciliário. Estas intervenções favorecem transições mais seguras e sustentadas reforçando a continuidade dos cuidados e apoiando a adaptação da pessoa e da família à novas exigências do processo de reabilitação.

A integração das orientações da RNAO (2025) para o cuidado centrado na pessoa foi evidente na valorização da experiência subjetiva, da satisfação e do envolvimento ativo da pessoa e do cuidador na avaliação dos resultados. O feedback contínuo, a adaptação das intervenções às preferências individuais e a tomada de decisão partilhada, permitiram alinhar os cuidados com aquilo que era significativo para a pessoa, promovendo maior adesão, confiança e sentido de controlo sobre o processo terapêutico.

Este percurso encontra-se igualmente alinhado com os PQCEEER, abrangendo de forma integrada os domínios da avaliação sistemática, da prevenção de complicações, da promoção do bem-estar e do autocuidado, da continuidade dos cuidados e da satisfação do cliente.

A satisfação da pessoa e do cuidador assumiu-se como um indicador central da qualidade da intervenção, sendo avaliada de forma contínua através do feedback direto durante as sessões, permitindo identificar áreas de sucesso e aspetos passíveis de melhoria. Sempre que se identificavam sinais como cansaço excessivo, insegurança ou dificuldades cognitivas que condicionavam a adesão a programas de treino de marcha ou a outras intervenções, procedia-se ao reajuste do plano de cuidados. Estes ajustes incluíram a progressão gradual das atividades, a introdução de pausas programadas, o recurso a técnicas de conservação de energia, a utilização de dispositivos de apoio e o reforço positivo, através de elogio e valorização de ganhos alcançados. Esta forma de atuar permitiu manter o foco na

segurança, prevenir complicações associadas à sobrecarga ou à frustração, promover o bem-estar e reforçar a autonomia da pessoa, assegurando uma experiência de reabilitação mais positiva e significativa.

J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida

No decurso do estágio de Reabilitação na Comunidade, foram desenvolvidas e implementadas intervenções estruturadas no âmbito do treino de AVD, com particular enfoque no autocuidado vestir e despir. Neste contexto, foi elaborado um dossier específico (Apêndice IV), concebido como recurso terapêutico para o treino funcional deste autocuidado, integrando diversos elementos associados à tarefa, tais como molas, fechos, botões, velcros e atacadores; acompanhados de atividades progressivas e orientadas.

Este dossier constitui uma ferramenta facilitadora da prática autónoma, permitindo à pessoa treinar, de forma estruturada e adaptada, as competências necessárias à execução do autocuidado promovendo a destreza manual, a coordenação motora fina e o planeamento sequencial das tarefas. A sua utilização respeitou sempre as capacidades individuais, favorecendo o reforço da confiança, da motivação e do envolvimento ativo no processo de reabilitação.

Estas intervenções foram delineadas a partir da identificação de défices de autocuidado, conforme preconizado por Orem, permitindo ajustar o sistema de enfermagem, às necessidades da pessoa – inicialmente com maior componente compensatória e, progressivamente, evoluindo para abordagens parcialmente compensatórias e de apoio-educação. Este processo favoreceu o desenvolvimento de competências da própria pessoa para gerir o autocuidado, promovendo uma independência progressiva e sustentada.

A relevância deste recurso tornou-se particularmente evidente na fase de transição para o domicílio, ao possibilitar a transferência e replicação, no contexto domiciliário, das estratégias de autocuidado previamente treinadas em ambiente institucional, garantindo a continuidade dos cuidados. A utilização do dossier favoreceu o aumento da autonomia no vestir e despir, reduziu a dependência do cuidador e contribuiu para uma adaptação mais segura e eficaz ao regresso a casa, promovendo maior confiança da pessoa na gestão do seu autocuidado no quotidiano.

Esta intervenção encontra-se alinhada com o enunciado descritivo bem-estar e autocuidado do PQCEER, pois “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2015)

Paralelamente a prática desenvolvida na UMDR permitiu aprofundar conhecimentos no âmbito dos produtos de apoio, enquanto componentes essenciais da promoção da autonomia. O contacto com o *Guia Orientador de Boas Práticas – Prescrição de Dispositivos e Produtos de Apoio no âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*, contribui para consolidar a compreensão do papel destes recursos, enquanto meios tecnológicos destinados a “prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar a incapacidade, promovendo a autonomia e a integração de pessoas com deficiência e/ou atividades limitadas permitindo desta forma o exercício das atividades quotidianas e a participação na vida escolar, profissional e social.” (OE, 2023).

Vocacionados para o autocuidado, a UMDR dispunha de uma grande variedade de produtos de apoio, nomeadamente escovas de cabo longo, engrossadores de talheres ou escovas de dentes, calçadeiras de cabo longo, pinças para calçado e meias, entre outros. Foi assim possível observar o seu funcionamento e compreender os critérios que orientam a sua prescrição e adequação a diferentes condições clínicas. Este contacto foi determinante para o desenvolvimento de competências na avaliação das necessidades individuais e na seleção do produto de apoio mais adequado, considerando sempre a segurança, a funcionalidade e as características específicas de cada pessoa.

Durante o estágio estes conhecimentos foram aplicados de forma prática, através de treinos específicos, orientados para a correta utilização destes produtos, incluindo ainda cadeiras de rodas, tábuas de transferências, assentos, barras de apoio. Estes momentos de treino permitiram avaliar a adaptação da pessoa ao respetivo produto, promover a autonomia nas AVD e garantir a segurança na sua utilização. Adicionalmente, foram realizadas intervenções de orientação, ensino e supervisão junto da pessoa cuidada, e dos seus cuidadores informais, reforçando a adesão ao plano terapêutico e a confiança no desempenho funcional.

A reabilitação cognitiva constituiu igualmente uma área de particular interesse no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, pelo impacto significativo que produz na funcionalidade global e na qualidade da vida da pessoa. Esta componente da reabilitação visa restaurar e fortalecer as funções

mentais que se encontram comprometidas, como a atenção, a memória, a linguagem e as funções executivas. Conforme referem Clare & Woods (2008) citados por Scheffer et al (2013) a “Reabilitação Cognitiva identifica e guia necessidades e objetivos individuais, no qual esse processo relaciona estratégias para obter novas informações ou mecanismos compensatórios, como o uso da memória” (p.48).

O aprofundamento do conhecimento sobre os mecanismos de neuroplasticidade permitiu compreender o potencial adaptativo do sistema nervoso central e a importância de intervenções personalizadas e orientadas, capazes de promover ganhos funcionais e facilitar a reintegração social e ocupacional. Tanto em contexto comunitário como hospitalar, a reabilitação cognitiva assumiu um papel consistente sobretudo junto de pessoas com sequelas de AVC, garantindo uma abordagem integrada e ajustada às necessidades identificadas em diferentes contextos de cuidados.

No âmbito do treino cognitivo, foram implementadas atividades específicas para estimulação de memória, atenção e linguagem, como a repetição de sequências, jogos de pares, evocação de acontecimentos recentes, leitura de pequenas histórias com posterior recordação, labirintos, sopas de letras, exercícios de nomeação, fluência verbal e cartões sequenciais. Convém sublinhar que as intervenções cognitivas foram conduzidas em ambientes calmos e estruturados, minimizando estímulos que pudessem dispersar a atenção, de modo a favorecer a concentração e o envolvimento ativo da pessoa. Estas sessões ocorreram preferencialmente no quarto/unidade da pessoa sozinho, em gabinetes, ou na sala de refeições quando o espaço se encontrava com pouca afluência, garantindo um contexto adequado ao treino cognitivo.

No contexto hospitalar, onde a disponibilidade de materiais para a realização de atividades de reabilitação cognitiva e sensoriomotora era limitada, elaborei uma caixa de recursos terapêuticos (Apêndice VII), destinada a colmatar essa necessidade. Este recurso incluiu bolas com diferentes texturas, pequenos jogos de encaixe, esponjas, molas, bem como uma pasta organizada com diversos materiais impressos (jogos de memória, sopa de letras, labirintos e textos para leitura). Este conjunto de materiais, agora pertencente ao armário de Reabilitação do serviço, permitiu diversificar as intervenções e garantir a continuidade do treino cognitivo, funcional e ajustado.

A implementação dos programas de treino de AVD e das intervenções de reabilitação cognitiva foi sustentada por uma comunicação intencional, bidirecional e adaptada, reconhecida como elemento

central para a eficácia dos cuidados centrados na pessoa, conforme orientações da RNAO. Ao longo das sessões, procurei utilizar estratégias de comunicação aberta, escuta ativa e validação emocional, criando espaço seguro para que a pessoa expressasse dificuldades, receios, expectativas e preferências relacionadas com o autocuidado. A atenção aos valores, crenças, experiências prévias e contexto familiar, permitiu ajustar o ritmo, a complexidade e os objetivos das intervenções, favorecendo maior adesão e envolvimento ativo.

A explicação clara e progressiva das atividades, a demonstração prática, o reforço positivo e a disponibilização de tempo suficiente para a execução das tarefas revelaram-se determinantes para promover confiança, motivação e sentido de competência, particularmente em pessoas com défices cognitivos ou insegurança funcional. A adaptação de estratégias de comunicação à literacia em saúde e às necessidades específicas da pessoa e família, facilitou a compreensão das orientações, a aceitação dos produtos de apoio e a transferência das aprendizagens para o contexto domiciliário.

Deste modo foi possível contribuir para fortalecer a relação terapêutica, legitimar as experiências vividas pela pessoa e apoiar as decisões partilhadas, assegurando conforto físico e emocional durante o processo de reabilitação. A integração destas estratégias, em consonância com as orientações da RNAO, revelou-se essencial para potenciar ganhos funcionais, promover o autocuidado e assegurar transições mais seguras entre contextos, evidenciando a qualidade e a intencionalidade da prática desenvolvida no âmbito desta competência.

J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

O estágio de Enfermagem de Reabilitação na comunidade, embora não tenha permitido o contacto direto com a realidade individual de cada pessoa, uma vez que não foram realizadas visitas domiciliárias (atividade não praticada na instituição), possibilitou, ainda assim a promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social, conforme descrito no Regulamento nº392/2019 (J2.2). Esta limitação foi parcialmente ultrapassada através da implementação estratégias alternativas, que permitiram recolher informação relevante para o planeamento das intervenções ajustadas à realidade de cada pessoa.

Neste sentido, recorreu-se ao registo fotográfico do ambiente domiciliário, disponibilizado pelos familiares, o que possibilitou identificar barreiras arquitetónicas, constrangimentos estruturais e necessidades específicas de adaptação. Paralelamente, estabeleceu-se contacto com parceiros da

comunidade, como centros de dia, serviços paroquiais e outras estruturas de proximidade que conheçam a realidade social e habitacional, permitindo complementar a avaliação com informação sobre e obter dados sobre rotinas, recursos disponíveis e contextos de maior vulnerabilidade social.

Adicionalmente, foram realizadas entrevistas à pessoa e ao cuidador informal, centradas na descrição do ambiente doméstico, das dificuldades sentidas nas AVD e das estratégias habitualmente utilizadas para ultrapassar os obstáculos identificados.

Estas atividades, refletem uma intervenção abrangente e centrada na pessoa, sustentada por uma visão ecológica da reabilitação, consideraram não apenas as capacidades individuais, mas também os determinantes ambientais e sociais que influenciam a autonomia, a segurança e a participação ativa da pessoa na comunidade. Esta abordagem revelou-se essencial para garantir que o processo de reabilitação contribuisse efetivamente para a melhoria da qualidade de vida e para a maximização da participação social.

A análise das barreiras arquitetónicas, bem como a identificação dos recursos socioeconómicos, da rede de apoio familiar e comunitária, permitiram compreender os fatores que condicionavam a funcionalidade e a autonomia das pessoas cuidadas. Com base nesta avaliação, foi possível propor adaptações habitacionais e recomendar produtos de apoio adequados a cada situação, destacando-se a utilização de tapetes antiderrapantes, alteadores de sanita, barras de apoio e a reorganização de espaço e do mobiliário, de modo a facilitar uma circulação mais segura no domicílio.

Para além disso, o levantamento dos recursos existentes na comunidade permitiu responder a necessidades específicas decorrentes, por exemplo, da ausência temporária de cuidador informal durante o seu período laboral. Neste contexto, equipamentos e serviços da comunidade, como centros de dia, grupos paroquiais, serviços de apoio domiciliário e centros de reabilitação cognitiva, assumiram particular relevância na garantia da continuidade de cuidados, do apoio social e da vigilância adequada, contribuindo para a manutenção da autonomia e da segurança das pessoas. Integra-se nesta intervenção o enunciado descritivo da Readaptação Funcional, dos PQCEEER, , nomeadamente no que respeita à continuidade de cuidados, à otimização de recursos da comunidade, ao ensino, à instrução, ao treino da pessoa e ao “planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade” (OE, 2015).

Um exemplo ilustrativo desta intervenção, foi a adaptação realizada na casa de banho de uma pessoa com o autocuidado para a higiene comprometido. A avaliação permitiu identificar a necessidade de instalação de barras de apoio e a aquisição de um assento de banho com adaptação para degrau, uma vez que a banheira apresentava um desnível significativo em relação ao pavimento. Adicionalmente, devido à impossibilidade de circulação da cadeira de rodas entre a sanita e o lavatório, foram instaladas barras de apoio que permitiram a realização segura das transferências da cadeira para a sanita e desta para o assento de banho. Esta adaptação foi viabilizada através da articulação com a família, que disponibilizou um registo fotográfico detalhado do espaço, permitindo identificar as barreiras existentes e selecionar as soluções mais adequadas. As instalações e modificações necessárias foram asseguradas como apoio de elementos da rede informal, colaborando na adaptação do ambiente.

Na UMDR onde decorreu estágio em contexto comunitário, não existe um programa formal de capacitação do cuidador informal. Contudo, a equipa de enfermagem reconhece a relevância desta intervenção, garantindo a sua realização de forma orientada, sobretudo em situações de maior gravidade ou vulnerabilidade. Neste âmbito, foram realizados acompanhamentos individualizados, com o objetivo de transmitir informação e desenvolver competências práticas que habilitassem o cuidador a prestar cuidados de forma segura, assegurando, a continuidade do processo de reabilitação no domicílio.

Assim foram promovidos momentos de partilha entre profissionais e familiares, integrados no plano de preparação para alta, que incluíram o treino de atividades de autocuidado, como a higiene corporal, o banho no leito ou no duche com recurso a de cadeira de higiene, vestir e despir, a alimentação assistida, o uso dispositivo auxiliar e a mobilização segura, incluindo posicionamentos no leito e levantes para cadeira de rodas ou cadeirão. Estas sessões contribuíram significativamente para reforçar a continuidade de cuidados e o fortalecimento da rede de suporte familiar, reduzindo receios frequentemente associados à assunção do papel de cuidador e promovendo maior confiança e segurança no desempenho das tarefas.

Foram ainda realizadas simulações de atividades da vida real, como ir às compras, fazer a cama ou levantar a mesa de refeições, com o objetivo de reproduzir situações do quotidiano que a pessoa enfrentaria no regresso ao domicílio. Estas atividades permitiram identificar dificuldades funcionais e barreiras ambientais, ao mesmo tempo que possibilitaram o treino seguro das competências necessárias contribuindo para a promoção do autocuidado, a redução do risco de acidentes e o aumento

da confiança da pessoa e do cuidador. Desta forma procurou-se facilitar a transição para o domicílio e promover a reintegração progressiva nas atividades familiares e sociais

Contextualizando, tive a oportunidade de acompanhar uma pessoa com DPOC com limitações respiratórias significativas, que expressou como objetivo pessoal passar o Natal na casa da filha, localizada num segundo andar de um prédio sem elevador. Face a este desafio funcional, foi desenvolvido um plano individualizado de treino de escadas, estruturado e progressivo, com monitorização da frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio e perceção subjetiva de esforço, através da Escala de Borg Modificada. O programa integrou estratégias de RR, tais como técnicas para melhorar a ventilação, controlo da respiração durante o esforço e pausas programadas, associadas a orientações sobre conservação de energia. Ao longo do processo, foi possível observar uma melhoria gradual da resistência funcional, da capacidade respiratória e da confiança da pessoa na realização da atividade, permitindo-lhe atingir o objetivo definido de forma segura.

A luz da TDA de Dorothea Orem, estas intervenções permitiram identificar e intervir sobre os défices de autocuidado relacionados com a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, ajustando o sistema de enfermagem às necessidades da pessoa. As estratégias implementadas evoluíram de abordagens mais compensatórias para intervenções de apoio-educação, promovendo o desenvolvimento do autocuidado e a assunção progressiva da gestão da própria funcionalidade no contexto comunitário.

Simultaneamente, de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, as intervenções centraram-se na facilitação de transições situacionais, nomeadamente a transição do contexto institucional para o domicílio e a adaptação de novas limitações funcionais. A identificação de momentos de maior vulnerabilidade, a antecipação de riscos e o envolvimento da família e da comunidade permitiram promover transições seguras, continuas e bem-sucedidas, reforçando a adaptação da pessoa e a sua integração no meio familiar e social.

A prática desenvolvida encontra-se alinhada com as orientações da RNAO para os cuidados centrados na pessoa, as quais integram os oito princípios do *Pickler Institute* para os cuidados centrados na pessoa. As intervenções realizadas refletiram, em primeiro lugar, o respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas pela pessoa, ao centrar o plano de cuidados em objetivos significativos para a sua vida quotidiana, promovendo a dignidade, a autonomia e a qualidade de vida. A comunicação intencional, clara e adaptada favoreceu o acesso à informação e à educação para a saúde, permitindo à

peessoa e ao cuidador compreender o processo de reabilitação, participar ativamente na tomada de decisão e desenvolver capacidade de autogestão.

A coordenação e integração de cuidados foram asseguradas através da articulação entre a equipa multidisciplinar, a família e os recursos da comunidade, reduzindo sentimentos de insegurança e vulnerabilidade, particularmente nos momentos de transição entre contextos. O envolvimento do cuidado informal foi valorizado como elemento central do processo terapêutico, reconhecendo o seu papel enquanto parceiro de cuidados, promovendo a sua capacitação e atendendo às suas necessidades formativas e emocionais.

As intervenções implementadas tiveram igualmente como foco o conforto físico e o apoio emocional, através da adaptação do ambiente, da promoção da segurança, do controlo do esforço e da redução do medo e da ansiedade associados à perda funcional e ao regresso ao domicílio. A preparação para a alta e a continuidade dos cuidados foram trabalhadas de forma estruturada, com antecipação de dificuldades, ensino dirigido e facilitação do acesso a apoios comunitários e serviços especializados. Deste modo, foi promovido um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa, coerente com as orientações da RNAO, assegurando acessibilidade, continuidade, participação ativa e transições mais seguras ao longo do processo de reabilitação

Em síntese, as atividades desenvolvidas no âmbito desta competência evidenciam o desenvolvimento progressivo promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social em diferentes contextos de cuidados. A capacidade de avaliar contextos reais, identificar barreiras ambientais e sociais, mobilizar recursos institucionais e comunitários, adaptar o ambiente e capacitar a pessoa e o cuidador demonstra raciocínio clínico integrado e orientado para a funcionalidade, a segurança e a qualidade de vida. Estas intervenções refletem uma prática especializada, intencional e sustentada, evidenciando a consolidação de competências nucleares da ER, nomeadamente na promoção da autonomia, na preparação da transição entre contextos e na facilitação da participação ativa da pessoa na sua vida familiar e social.

J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório

No decurso dos dois estágios foram concebidos e implementados programas de treino motor cardíaco e respiratório, com maior expressão no serviço de Medicina Interna no âmbito da reabilitação cardíaca e respiratória. A estruturação destes programas foi sustentada na evidência científica disponível, nomeadamente o *Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória*, bem como nos *Webinares*

da Ordem dos Enfermeiros dedicados à Reabilitação Respiratória, que contribuíram para fundamentar o raciocínio clínico, orientar a tomada de decisão e assegurar a qualidade e segurança das intervenções desenvolvidas.

A realização de Relatos de Caso constituiu um elemento central neste processo, permitindo conceber programas individualizados, ajustados às necessidades funcionais cognitivas e motivacionais de cada pessoa. Estes programas integraram treino de marcha, treino em escadas, exercícios com pedaleira e treino com pesos, visando o fortalecimento muscular, a melhoria do equilíbrio e o aumento da resistência funcional. No domínio respiratório, particularmente na abordagem à pessoa com DPOC, as intervenções centraram-se na otimização da ventilação, na limpeza de vias aéreas, na aplicação de técnicas de conservação de energia e na promoção do autocuidado, favorecendo uma gestão mais eficaz da condição crónica.

Estas intervenções foram delineadas à luz da teoria de Orem, partindo da identificação dos défices existentes e ajustando o sistema de enfermagem às respostas humanas da pessoa. A conceção dos programas de treino teve como objetivo central capacitar a pessoa para assumir um papel cada vez mais ativo na gestão da sua saúde. Inicialmente, em situações de maior limitação funcional, as intervenções assumiram um carácter parcialmente compensatório, assegurando segurança e suporte adequado. Progressivamente, à medida que a pessoa desenvolvia competências para gerir o esforço, reconhecer sinais de alerta, aplicar técnicas respiratórias e integrar o exercício na sua rotina diária, o foco transitou para abordagens de apoio-educação. Este percurso intencional promoveu a aquisição de conhecimentos, habilidades e confiança necessárias ao exercício do autocuidado, favorecendo a autogestão da doença, a responsabilização pela própria saúde e uma autonomia funcional progressiva e sustentada.

Paralelamente, os programas de treino contemplaram de forma integrada as dimensões física, psicossocial, nutricional e educativa, alinhando-se com o enunciado da Promoção da Saúde dos PQCEEER (OE, 2015), reforçando uma abordagem centrada e abrangente. A inclusão da educação para a saúde, da explicação clara dos objetivos do treino e do reforço positivo ao longo das sessões encontra-se alinhada com as orientações da RNAO, para o cuidado centrado, nomeadamente no que respeita à comunicação eficaz, ao envolvimento ativo da pessoa na tomada de decisão e à promoção da sua capacidade de autogestão.

A implementação destes programas foi também desenvolvida com particular atenção aos processos de transição vivenciados pelas pessoas, em consonância com a teoria de Meleis. A observação contínua das respostas ao esforço, a tolerância funcional, da confiança e da adaptação emocional permitiu identificar vulnerabilidades durante a transição de dependência para uma autonomia funcional. Perante sinais de fadiga excessiva, insegurança ou ansiedade associada ao desempenho, procedeu-se ao reajuste da intensidade, frequência e organização das sessões, promovendo transições mais seguras, graduais e significativas.

Importa salientar que, perante a inexistência de programas estruturados, em ambos os contextos de estágio, e reconhecendo que, segundo o Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória, os programas individualizados são preferíveis aos modelos padronizados, todos os planos foram concebidos de forma personalizada. Foram consideradas as condições clínicas físicas e psíquicas, bem como os objetivos e motivações significativos para cada pessoa, garantindo que a realização dos exercícios decorresse sempre em segurança, respeitando os limites individuais e promovendo a eficácia das intervenções.

A considerar, que na base do sucesso destes programas encontra-se a “sua capacidade de influenciar positivamente os efeitos sistémicos, nomeadamente o descondicionamento físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades, em particular a cardiovascular” (DGS, 2009, p. 2).

Estas intervenções encontram-se alinhadas com os PQCEEER, nomeadamente nos domínios da avaliação sistemática, da promoção do bem-estar e do autocuidado, da prevenção de complicações e continuidade de cuidados, evidenciando uma prática segura, intencional e baseada na evidência.

Assim, o percurso desenvolvido evidencia a consolidação da competência J3.1, traduzida na capacidade de conceber, implementar e reajustar programas de treino motor, cardíaco e respiratório, sustentado na evidência, orientados para a promoção do autocuidado, da autogestão e da autonomia funcional, e sensíveis aos processos de transição vivenciados pela pessoa, refletindo uma prática especializada e consistente no âmbito da ER.

3.3. Competências de Mestre

Relativamente às competências de mestre, o percurso formativo realizado permitiu consolidar a compreensão de que este nível de formação, conforme definido no Regulamento nº705/2021, exige um

domínio aprofundado, crítico e atualizado do conhecimento em Enfermagem de Reabilitação, sustentando uma prática reflexiva, autónoma e estrategicamente orientada. Ser mestre não se traduz apenas na aquisição de conhecimento avançado, mas na capacidade de o analisar, integrar e aplicar de forma crítica, em resposta a situações complexas, imprevisíveis e exigentes, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde-doença.

Ao longo deste percurso, fui confrontada com contextos clínicos marcados por elevada complexidade, instabilidade clínica, limitações de recursos e necessidade de decisões ajustadas em tempo real. Estas experiências exigiram uma abordagem flexível e sistemática, com capacidade de antecipar riscos, redefinir prioridades, ajustar planos de cuidados e garantir a continuidade e a qualidade da intervenção, mesmo perante constrangimentos organizacionais e estruturais. Esta vivência reforçou o desenvolvimento de competências estratégicas, de gestão clínica e de tomada de decisão, essenciais à atuação do enfermeiro mestre em contextos reais da prática.

Simultaneamente, compreendi que o grau de mestre implica uma responsabilidade acrescida na qualificação da prática profissional e na promoção da melhoria contínua dos cuidados. A participação em atividades científicas, como *webinars*, encontros de investigação e momentos de partilha científica, bem como a elaboração de relatos de caso clínico e a reflexão crítica sobre as intervenções desenvolvidas, constituíram oportunidades concretas de contributo para a disseminação de conhecimento, para a problematização da prática e para o reforço da cultura de qualidade e segurança em Enfermagem de Reabilitação.

Neste percurso formativo, assume particular relevância a publicação do artigo científico “*The Therapeutic Relationship in Rehabilitation Nursin: Promotion of Culturally Sensitive Environments in the Community Context*” (Apêndice X), que constituiu um marco significativo no desenvolvimento das competências de mestre. Este trabalho refletiu a capacidade de problematizar a prática clínica, articular a experiência profissional com a evidência científica e contribuir ativamente para a produção e disseminação de conhecimento na área da ER. A reflexão desenvolvida sobre a relação terapêutica e a promoção de ambientes culturalmente sensíveis no contexto comunitário traduziu um olhar crítico, ético e aprofundado sobre as dimensões culturais, relacionais e humanas do cuidar. Esta experiência reforçou a compreensão da minha responsabilidade enquanto produtora de conhecimento, agente de inovação e elemento ativo no desenvolvimento da disciplina.

Destaca-se igualmente o investimento contínuo na pesquisa, seleção e análise crítica da literatura científica enquanto base estruturante das decisões clínicas tomadas. Esta prática sistemática permitiu alinhar as intervenções com a melhor evidência disponível, reforçando a qualidade, a eficácia e a segurança dos cuidados prestados, em consonância com os referenciais ético-deontológicos e os padrões de qualidade da profissão.

Neste sentido, reconheço que o mestre assume uma responsabilidade ativa na promoção de práticas baseadas na evidência, contribuindo para a atualização do conhecimento das equipas, para a reflexão crítica coletiva e para a construção de contextos de cuidado mais seguros, eficazes e centrados na pessoa. Esta atuação implica não apenas competência técnica e científica, mas também responsabilidade ética, capacidade de liderança e compromisso com o desenvolvimento da disciplina.

Assim, o grau de mestre representa a capacidade de intervir de forma autónoma, crítica e qualificada em contextos complexos, de pensar estrategicamente perante a incerteza, de promover a inovação sustentada pela evidência e de contribuir, de forma consistente, para a melhoria da qualidade dos cuidados, para o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação e para a consolidação de práticas mais conscientes, seguras e transformadoras.

4. ANÁLISE SWOT AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização da análise SWOT que se segue, surge como um exercício essencial de reflexão sobre o percurso desenvolvido ao longo da formação em Enfermagem de Reabilitação. Este processo permitiu identificar, de forma estruturada e consciente, os aspetos que fortaleceram a aprendizagem, as limitações vivenciadas, as oportunidades emergentes dos diferentes contextos de estágio e os desafios associados ao desenvolvimento profissional. Pretende-se assim, “efetuar análises internas e externas e preparar opções estratégicas, pois permite observar os riscos a ter em conta, os problemas a resolver e a prioridade dos mesmos” (Afonso et al. 2013). Esta reflexão contribui para consolidar a identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A formação adquirida na componente teórica do mestrado constitui uma das forças deste percurso, proporcionando um aprofundamento sólido dos fundamentos científicos, metodológicos e clínicos que sustentam a prática especializada em Enfermagem de Reabilitação. Este enquadramento teórico permitiu consolidar conhecimentos essenciais e desenvolver capacidade de integrar a evidência científica na tomada de decisão.

A capacidade relacional representa igualmente um ponto forte, construída ao longo de anos de prática profissional. A comunicação terapêutica, a empatia e a capacidade de estabelecer relações de confiança com a pessoa e a família, revelaram-se determinantes para a adesão às intervenções de reabilitação, para a gestão de situações emocionalmente exigentes e para a promoção de um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa.

A supervisão contínua recebida ao longo dos dois estágios foi outra força relevante, permitindo um processo de aprendizagem guiado, reflexivo e orientado para o desenvolvimento progressivo de autonomia. As orientadoras, bem como os restantes membros da equipa proporcionaram um ambiente acolhedor, no qual me senti plenamente integrada e segura como mais um elemento ativo da equipa. O acompanhamento próximo, aliado ao *feedback* sistemático e construtivo, permitiu-me identificar pontos fortes e áreas a melhorar, consolidando competências clínicas e fortalecendo a confiança na realização de intervenções especializadas. Este suporte acabou por estimular a reflexão crítica sobre a minha atuação, promovendo crescimento profissional seguro, consistente e alinhado com a dinâmica da equipa.

Por já ter experiência em trabalhar numa equipa interdisciplinar, com prática consolidada na articulação com diferentes profissionais e na coordenação com diversas entidades, este processo revelou-se facilitador ao longo dos estágios. Esta experiência prévia permitiu-me integrar-me rapidamente nas dinâmicas de grupo, compreender os papéis e responsabilidades de cada membro da equipa e comunicar de forma clara e eficaz. Além disso, contribuiu para assegurar a continuidade e a coerência dos cuidados prestados, promovendo uma abordagem mais estruturada e centrada nas respostas humanas das pessoas cuidadas.

A componente prática desta formação especializada revelou-se particularmente exigente, uma vez que conciliar simultaneamente a atividade laboral, o estágio e as responsabilidades familiares constituiu um desafio significativo. Esta realidade exigiu uma gestão rigorosa do tempo, com planeamento cuidadoso das tarefas e prioridades, bem como um esforço contínuo para manter o equilíbrio entre as diferentes dimensões pessoais e profissionais. Neste contexto, as orientações tutoriais semanais fornecidas pelos professores, e a orientação do professor supervisor durante as reuniões de acompanhamento do estágio, constituíram apoios fundamentais, oferecendo esclarecimentos, orientação e estratégias práticas que me ajudaram a organizar melhor o tempo e a cumprir objetivos académicos e profissionais sem comprometer as responsabilidades familiares.

A adaptação aos sistemas de informação utilizados em ambos os estágios, constituiu igualmente um desafio, na medida em que diferiam significativamente daqueles que utilizo na minha prática diária. Esta diferença exigiu um esforço adicional de aprendizagem, incluindo a familiarização com novas plataformas, procedimentos de registo e protocolos de segurança da informação. Para superar estas dificuldades, contei com o apoio da orientadora do estágio e dos restantes colegas, que me auxiliaram no esclarecimento de dúvidas e na demonstração prática do uso dos sistemas, facilitando a minha aprendizagem.

No contexto comunitário, por ter sido o primeiro estágio, a transição para o papel de estudante revelou-se mais difícil, exigindo uma adaptação a novas responsabilidades, rotinas e formas de interação. Esta dificuldade foi gradualmente ultrapassada ao longo do estágio através da observação atenta das práticas dos profissionais experientes, da participação progressiva em tarefas supervisionadas e do diálogo constante com a equipa, que me proporcionou orientação e *feedback*. Estas experiências permitiram-me ganhar confiança, adaptar-me às rotinas e compreender melhor as expectativas associadas à minha responsabilidade. No estágio profissionalizante, já com experiência prévia e maior familiaridade com a

dinâmica formativa, senti-me mais integrada e confortável, conseguindo participar de forma mais confiante nas atividades, consolidando competências e fortalecendo a minha capacidade de intervenção.

Como oportunidades, destaca-se a possibilidade de explorar áreas inicialmente menos previstas, nomeadamente a reabilitação cognitiva, que se revelou uma descoberta particularmente enriquecedora. O contacto com a consulta de Fibrose Quística e seu modelo de telereabilitação, permitiu igualmente ampliar a compreensão com novas abordagens e tecnologias aplicadas à reabilitação respiratória. Esta experiência proporcionou a oportunidade de observar a utilização de plataformas digitais para monitorização e acompanhamento, assim como ferramentas interativas que facilitam a avaliação funcional e o ensino de exercícios terapêuticos à distância. Acresce ainda o facto de ambas as orientadoras terem proporcionado experiências diversificadas e profundamente valiosas, que contribuíram de forma decisiva para o meu desenvolvimento enquanto futura EEER.

No contexto comunitário, a ausência de visitas domiciliárias limitou a possibilidade de conhecer de forma mais direta a realidade das pessoas no seu ambiente habitual, condicionando a compreensão integral dos recursos, rotinas e fatores culturais, sociais e ambientais que influenciam a saúde e a adesão às intervenções terapêuticas. Esta experiência teria enriquecido significativamente o processo de aprendizagem.

Em ambos os contextos de estágio, verificou-se a inexistência de projetos estruturados de Reabilitação, o que limitou a oportunidade de observar e participar em modelos formais de intervenção especializados. Esta ausência condicionou a vivência de processos sistematizados, reduzindo a possibilidade de acompanhar protocolos definidos, metodologias padronizadas e estratégias de monitorização.

Adicionalmente, deparei-me com a escassez de enfermeiros em ambos os contextos de estágio, o que, por sua vez, exigiu que o EEER assumisse cuidados de natureza mais generalista. No entanto, foi particularmente interessante reconhecer que, mesmo nestas intervenções, a intencionalidade própria da prática especializada se mantém. Observou-se que, mesmo em atividades de carácter rotineiro, como a apoio no banho ou na alimentação, o foco na capacitação, na promoção da autonomia e na valorização do potencial funcional da pessoa, se mantém como princípio orientador da prática. Esta intencionalidade

demonstra que cada ação é guiada por objetivos claros, centrados na capacitação, autonomia e bem-estar da pessoa, evidenciando o valor e a especificidade da prática especializada.

CONCLUSÃO

A realização dos estágios em contextos distintos, hospital e comunitário, permitiu-me compreender de forma profunda a dimensão e a complexidade da responsabilidade do EEER. A centralidade da pessoa e do seu autocuidado revelou-se como fio condutor de todas as intervenções, mostrando que a capacitação para a autonomia não é apenas uma técnica, mas um processo profundamente humano, que envolve atenção às respostas humanas individuais, sensibilização para os limites e potencialidades da pessoa, e adaptação continua das estratégias de reabilitação.

No contexto hospitalar, a experiência evidenciou a importância de preparar a pessoa e a família para a transição segura para o domicílio, considerando não apenas os aspetos físicos e funcionais, mas também o suporte social, a motivação e a confiança da pessoa na sua própria capacidade. A elaboração de planos individualizados, o treino estruturado das atividades de vida diária e a utilização de produtos de apoio permitiram que cada pessoa pudesse recuperar gradualmente a sua independência, prevenindo complicações e reduzindo riscos de readmissão hospitalar. Momentos como treino de higiene e vestuário, ou o acompanhamento de pessoas com limitações respiratórias, demonstraram que pequenas intervenções podem ter um impacto significativo na qualidade de vida e na autoestima da pessoa.

No contexto comunitário, a observação e avaliação do ambiente domiciliário, ainda que realizada de forma indireta, reforçou a importância de adaptar as intervenções à realidade do dia a dia da pessoa. A articulação com familiares, cuidadores informais e recursos da comunidade foi essencial para garantir continuidade e segurança no autocuidado, consolidando competências adquiridas durante a reabilitação e promovendo uma transição efetiva e centrada na pessoa. Experiências como a adaptação do espaço doméstico para garantir mobilidade segura e a capacitação de cuidadores revelaram-se fundamentais para transformar obstáculos em oportunidades de independência.

Este percurso evidenciou que a prática do EEER vai muito além da aplicação de técnicas de reabilitação: envolve reflexão crítica, tomada de decisão fundamentada, comunicação terapêutica e liderança na organização de cuidados. A intervenção centrada na pessoa, a atenção às suas preferências, valores, crenças e limitações, e a articulação com equipas multidisciplinares permitiram que a transição do cuidado fosse realizada de forma segura, individualizada e promotora de autonomia.

Ao refletir sobre esta experiência, percebo também que a essência da prática de Enfermagem de Reabilitação, reside na capacidade de potenciar a funcionalidade da pessoa, promovendo autonomia e qualidade de vida, com atenção à prevenção de complicações e ao fortalecimento da autoconfiança. A satisfação de observar pessoas a recuperarem a capacidade de se autocuidarem, de se moverem de forma independente, de retomarem atividades significativas e de se sentirem mais capazes e autoconfiantes, constitui o reconhecimento mais valioso da relevância do EEER.

Por fim, este percurso reforçou a minha convicção de que a excelência no exercício da ER depende não só da componente técnica, mas também de um compromisso ético, humanizado e reflexivo. A prática centrada na pessoa implica a conceção de intervenções individualizadas, baseadas na melhor evidência disponível e ajustadas às necessidades, valores e potencialidades de cada pessoa. É nesta articulação que a atuação do EEER pode transformar a vida de quem cuida, promovendo bem-estar, independência e participação ativa na sua própria saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afaf Ibrahim Meleis. (2010). Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Pub.

Afonso, A., Pires, C., Vaz, T., & Anes, E. (2013). Análise SWOT do curso de enfermagem: Perspetiva dos alunos. Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (pp. 85–93). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/10343>

António, M. A., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Alexandre Teófilo, & João, A. L. (2025). Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), e35999–e35999.
<https://doi.org/10.33194/rper.2025.35999>

Azevedo, P., Costa, A., Correia, B., Andrade, I., Andrade, J., Oliveira, M., Cunha, S., & Almeida, T. (2024). Autocuidado e funcionalidade de pessoas idosas em estruturas residenciais: um estudo transversal. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(3), 1–11.
<https://doi.org/10.37914/riis.v7i3.415>

Correia, N., Bernardes, R., Parola, V., & Neves, H. (2023). A formação em enfermagem de reabilitação em Portugal desde 2006. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(Nº2).
<https://doi.org/10.12707/rv21141>

Decreto de Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Diário da República nº 101/2006- I Série A

Direção-Geral da Saúde. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular informativa n.º 40A/DSPCD

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

Direção-Geral da Saúde. (2019). Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica no adulto. Norma DGS 005/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

[content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf](#)

Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021 – 2030 - Saúde Sustentável: de todos para todos. Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf?utm

Gama, L. M. de P., Ribeiro, K. R. C., Oliveira, J. L. C. de, Costa, M. A. R., Acosta, A. M., & Souza, V. S. de. (2025). Transition from hospital to home care: a mixed methods study in light of Meleis's Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(1), e20230357. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0357>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). Estimativas de População Residente. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=707078398&DESTAQUESmodo=2

Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. D. S., Martins, M. S. F., Fernandes, C. S., Schoeller, S. D., Rodrigues, T. M. P., Parola, V. S. O. (2021). Autoavaliação da promoção da autonomia dos idosos: um estudo Delphi. *Journal Health NPEPS*, 6(1), 155–174. <https://doi.org/10.30681/252610105088>

Liu, L., Daum, C., Augusto, A., Neubauer, N., Perez-Meana, H., & Maria, A. (2022). Ageing, technology, and health: Advancing the concepts of autonomy and independence. *Healthcare Management Forum*, 35(5), 296–300. <https://doi.org/10.1177/08404704221110734>

Machado, B., Félix, A., & Ribeiro, C. (2024). Nível de dispneia, atividades de vida diária e autocuidado na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Estudo descritivo: *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1), e364. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/364/577>

McKenna, H. (2006). *Nursing Theories and Models*. Routledge.

Matos, F. S., Jesus, C. S. de, Carneiro, J. A. O., Coqueiro, R. da S., Fernandes, M. H., & Brito, T. A. (2018). Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3393–3401. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>

Moura, C., Lista, A., João, A. L., António, A., & Bia, F. (2024). Rehabilitation Nursing On The Self-Management Of The Elderly Person With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Rapid

Review. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 7(2), e36446–e36446.
<https://doi.org/10.33194/rper.2024.36446>

Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(4), 49–71. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>

Ordem dos Enfermeiros, & Mesa. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros, & Mesa. (2018). Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros.

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

Orem, D. E. (1985). A CONCEPT OF SELF-CARE FOR THE REHABILITATION CLIENT. *Rehabilitation Nursing*, 10(3), 33–36. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x>

Organização Mundial de Saúde/ Direção Geral de Saúde. (2004). CIF – Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa

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

Pereira, M. A., Lima, L. N., Moreira, M. M., & Mendes, J. M. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 80-85. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/67/27>

Pereira, V. (2023). A perspetiva da Enfermagem de Reabilitação perante o envelhecimento e as doenças crónicas. (2025). HealthNews. https://healthnews.pt/2023/07/29/a-perspetiva-da-enfermagem-de-reabilitacao-perante-o-envelhecimento-e-as-doencas-cronicas/?fbclid=IwAR2FeltKoVcWzizAsXf81uWVK8NkeZR_4x7TazlwzLH7kIDQF2e1CA9smg

Pinto Junior, E. P., Silva, I. T. da, Vilela, A. B. A., Casotti, C. A., Pinto, F. J. M., & Silva, M. G. C. da. (2016). Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(4), 404–412. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201600040229>

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/riv14081>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2023). Transitions in Care and services: Clinical Best Practice Guideline. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. (2ª ed.).

Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). Person- and Family-Centred Care: Clinical Best Practice Guideline. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 - Série 2.

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho. Diário da República n.º 119/2015 - Série 2.

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 - Série 2.

Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L. M. M. d., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação na idade adulta e velhice*. In Olga Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação conceções e práticas* (pp. 154-163). Lidel- Edições técnicas, Lda. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/33630/3/cap%2012_18%20horas.pdf

Relhas, L. C. A., Ramos, R. F. P., Figueiredo, A. C. L., Gouveia Da Silva Braga, A. I., Castelão Figueira Carlos Pestana, H., & Mota Sousa, L. M. (2018). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para acidente vascular cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 26–32. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4404>

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

Ribeiro, M. P., Oliveira, F. D. B., Rodrigues, M. F. da R., Alves, M. A. dos S., Silva, C. F., Prazeres, V. M. P., Ribeiro, O. M. P. L., & Jesus, M. M. G. R. B. de. (2021). *Enfermagem de reabilitação: A prática sustentada*

no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 37(2), 47–56.

https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/Rie37_s2.pdf?utm

Santos, F. H. dos, Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia Em Estudo*, 14, 3–10.

<https://www.scielo.br/j/pe/a/FmvzytBwzYqPBv6x6sMzXFq/abstract/?lang=pt>

Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Repositório Digital de Publicações Científicas: Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. *Handle.net*.

<http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Santos, J. M., Prata, A. P., Cunha, I. C. K. O., & Reis Santos, M. (2021). Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação. *Enfermagem Em Foco*, 12(2). Disponível <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n2.4180>

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa. Lidel

Silva, K. S. D., Campelo, S. M., Moraes, W. R. A., & Neves, L. M. T. (2023). Métodos de educação em saúde no manejo de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *ASSOBRAFIR Ciência*, 14, e47414–e47414. Disponível <https://doi.org/10.47066/2177-9333.ac.2022.0058>

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>

Sousa, V., Natário, A., Ferreira, S., Rocha, M., Lima, A., & Moreira, M. T. (2025). Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pessoas com deglutição comprometida: uma Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(2), e40248. <https://doi.org/10.33194/rper.2025.40248>

Silva, L., & Delgado, B. (2020). Reabilitação respiratória domiciliária na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 50–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776>

World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0418705f-1c82-4fe2-82d6-d4faee89dfa0/content>

World Health Organization. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

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

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Relato de Caso Clínico “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral”**



3º 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 Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Carla Susana Nunes Penteado Pinheiro Carvalho Ramalho, nº 202490019

Orientado por:

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

Enfermeiro supervisor:

Enfermeira Vera Braga

Barcarena, 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 Acidente Vascular Cerebral – Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Carla Susana Nunes Penteado Pinheiro Carvalho Ramalho, nº 202490019

Orientado por:

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

Enfermeiro supervisor:

Enfermeira Vera Braga

Barcarena, Lisboa

Junho de 2025

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida Independência Funcional

MRC – Medical Research Council Muscle Scale

NIHSS – National Institutes Health Stroke Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDCEER – Padrão Documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WSO – World Stroke Organization

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de incapacidade funcional a nível mundial, representando um desafio significativo nos sistemas de saúde. A Enfermagem de Reabilitação assume um papel crucial na resposta a estas situações, promovendo intervenções orientadas para maximizar o potencial funcional e a reintegração da pessoa na sua vida quotidiana.

Objetivo: Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Metodologia: Estudo descritivo, tipo Relato de Caso seguindo as guidelines do *Case Report*. O acompanhamento foi realizado numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, durante 4 semanas foram realizadas 10 sessões de reabilitação individualizada. A avaliação inicial identificou áreas a intervir como o autocuidado e reeducação funcional motora através de instrumentos recomendados pela Ordem dos Enfermeiros.

Resultados: Com a implementação do programa verificaram-se ganhos ao nível do equilíbrio, força muscular, dependência e funcionalidade.

Interpretação: O programa promoveu ganhos funcionais, autonomia e qualidade de vida na pessoa com AVC.

Conclusão: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação contribui positivamente para a recuperação motora e funcional da pessoa com AVC. Embora o programa descrito tenha terminado, a reabilitação permanece em curso, reforçando a importância da continuidade dos cuidados.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, Relato de Caso

ABSTRACT

Introduction: Stroke is one of the main causes of functional disability worldwide and represents a significant challenge for healthcare systems. Rehabilitation Nursing plays a crucial role in responding to these situations, promoting interventions aimed at maximising functional potential and reintegrating people into their daily lives.

Objective: To describe the interventions of the Rehabilitation Nurse Specialist with stroke patients

Methodology: Descriptive study, case report type, following the Case Report guidelines. The follow-up was carried out in a Medium Duration and Rehabilitation Unit and 8 individualised rehabilitation sessions were held over 4 weeks. The initial assessment identified areas for intervention such as self-care and functional motor re-education using instruments recommended by the Order of Nurses.

Results: With the implementation of the programme there were gains in terms of balance, muscle strength, dependence and functionality.

Interpretation: The programme promoted functional gains, autonomy and quality of life on the person with a stroke.

Conclusion: The intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist contributes positively to the motor and functional recovery of the person with a stroke. Although the programme described has ended, rehabilitation remains ongoing, reinforcing the importance of continuity of care.

Keywords: Stroke, Rehabilitation Nursing, Case Report

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. MATERIAS E MÉTODOS.....	12
1.1 Apresentação do caso	13
1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação	14
1.3 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	16
2. RESULTADOS	21
3. DISCUSSÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
APÊNDICES	28
APÊNDICE I - Consentimento Informado	29
APÊNDICE II - NIHSS (National Institutes Health Stroke Scale)	31
APÊNDICE III - Escala de Ashworth Modificada	42
APÊNDICE IV - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE FORÇA MUSCULAR (MRC Medical Research Council)	44
APÊNDICE V - ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG	46
APÊNDICE VI - ÍNDICE DE BARTHEL	48
APÊNDICE VII - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)	50
APÊNDICE VIII - REABILITAÇÃO COGNITIVA.....	52
ANEXOS	55
ANEXOS I - <i>Case Report Guidelines</i> (CARE)	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação segundo Padrão Documental ..	16
---	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende apresentar um Relato de Caso Clínico, observado durante o Estágio de Reabilitação na Comunidade. O estágio decorrente do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, desenvolveu-se no Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde de Santa Rosa de Lima, mais precisamente na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa, atualmente, uma das principais causas de mortalidade, morbilidade e incapacidade funcional, tanto a nível nacional como internacional. Mundialmente, e de acordo com a World Stroke Organization (WSO), esta doença cerebrovascular permanece como a segunda causa de morte e constitui uma das principais causas de incapacidade entre adultos na Europa. (WSO, 2023)

Segundo último registo do Instituto Nacional de Estatística (INE), “as doenças cerebrovasculares estiveram na origem do maior número de óbitos de residentes (9 177 óbitos, ou seja, 7,8% do total de óbitos de residentes), apesar da diminuição de 4,6% em relação ao ano anterior.” (INE, 2023).

Apesar da redução observada na taxa de mortalidade, o AVC mantém-se como um importante desafio em saúde pública, sobretudo pelas suas consequências funcionais. Sendo uma das principais causas de incapacidade permanente, representa um impacto direto na autonomia e nos recursos dos sistemas de saúde e apoio social.

Esta patologia caracteriza-se, na maioria dos casos, por uma manifestação súbita e pela perda de funções neurológicas, resultante da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, seja por um evento isquémico ou hemorrágico, conforme indicado pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016).

Os fatores de risco associados ao AVC podem ser agrupados em três grandes categorias. Os fatores modificáveis que incluem condições clínicas e comportamentais passíveis de controlo, como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, a dislipidemia, a fibrilhação auricular e o tabagismo. Por outro lado, existem fatores não modificáveis, relacionados com características intrínsecas do indivíduo, nomeadamente o sexo e a idade. A estes, somam-se os fatores de natureza ambiental, como a exposição ao fumo do tabaco (tabagismo passivo) e as limitações no acesso a cuidados e tratamentos de saúde adequados (Organização Mundial da Saúde, 2005).

A abordagem à pessoa com AVC deve ser considerada uma emergência médica, requerendo cuidados imediatos em contexto hospitalar, idealmente em unidades especializadas. De acordo com o Plano de Ação para o AVC na Europa, uma das metas estabelecidas para 2030 é garantir que pelo menos 90% dos doentes sejam tratados nestas unidades. Esta medida tem mostrado benefícios significativos, nomeadamente na diminuição das taxas de mortalidade, na mitigação das sequelas a longo prazo e na promoção de uma recuperação mais rápida e eficaz (Stroke Alliance for Europe, 2018).

Face à complexidade das sequelas decorrentes de uma lesão cerebral, a intervenção deve assentar numa abordagem interdisciplinar, integrando diversos profissionais de saúde que, a partir das suas competências específicas, contribuem para um plano terapêutico coeso e centrado na pessoa.

Para Rego (2018), as repercussões de uma lesão neurológica não se limitam ao compromisso físico ou cognitivo do indivíduo, estendendo-se de forma significativa à sua dinâmica familiar e ao contexto social em que está inserido. Os efeitos da lesão propagam-se afetando múltiplas dimensões da vida da pessoa.

As múltiplas consequências do AVC comprometem significativamente a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa, exigindo uma resposta reabilitadora eficaz. Neste âmbito, a Enfermagem de Reabilitação (ER) desempenha um papel fundamental nesta resposta, promovendo intervenções que visam a maximização do potencial funcional, a adaptação às limitações, a prevenção de complicações e a facilitação da reintegração familiar, social e ocupacional.

A implementação precoce da reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral revela-se fundamental para atenuar o grau de incapacidade e prevenir eventuais complicações associadas. Este processo deve ser orientado de forma individualizada e centrada na pessoa, iniciando-se idealmente entre 48 a 72 horas após o evento agudo. Os seus principais objetivos passam pela redução dos défices resultantes do AVC, pela promoção da recuperação funcional e pela facilitação da reintegração do indivíduo no contexto familiar, social e profissional (Direção-Geral da Saúde, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) possui as competências necessárias para implementar programas de reabilitação, uma vez que “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (Diário da República [DR], 2019, p.13565)

Deste modo, EEER “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (DR, 2019, p.13567), bem como “implementa as intervenções planeadas com o objetivo

de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade” (DR, 2019, p.13567).

Cabe assim ao EEER desenvolver programas de reabilitação “que se baseiam num conjunto de intervenções em que estão programadas determinadas rotinas de exercícios, que devem ser implementados de modo progressivo e individualizado” (Santos et al., 2020, pág. 37).

Neste contexto, a ER assume um papel essencial na promoção da adaptação e recuperação da pessoa, podendo ser analisado à luz de diferentes modelos teóricos. Compreender a complexidade da temática em estudo através destes modelos é fundamental pois fornecem estruturas organizadas e humanizadas por forma a perceber a pessoa como um todo, ajudando na tomada de decisões, no planeamento individualizado e na promoção de uma reabilitação global.

Assim, a Teoria das Transições de Afaf Meleis fornece uma perspetiva útil para compreender as mudanças vivenciadas pela pessoa, ajudando o enfermeiro a identificar necessidades específicas ao longo do processo de reabilitação e a facilitar uma transição saudável (Meleis, 2010). Por outro lado, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem destaca-se pela sua aplicabilidade na promoção da autonomia, orientando o enfermeiro na avaliação das capacidades de autocuidado e na implementação de intervenções que favoreçam a independência funcional (Orem, 2001). Ao centrar-se na adaptação aos diferentes estímulos, a Teoria de Calista Roy permite compreender respostas ao nível fisiológico, psicológico e social, ajustando os cuidados para potenciar respostas adaptativas (Roy, 2009). A articulação de modelos teóricos enriquece a prática da ER, conferindo-lhe uma base teórica sólida para uma atuação personalizada e eficaz.

O EEER, assume-se então, como um agente facilitador neste processo de transição e capacitação, promovendo a adaptação da pessoa com AVC ao seu novo papel assumindo ainda a responsabilidade essencial na capacitação do cuidador informal, promovendo o ensino de cuidados, o desenvolvimento de competências práticas e estratégias de adaptação, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados no domicílio, reduzir a sobrecarga e melhorar a qualidade de vida de ambos.

O presente trabalho pretende evidenciar a relevância dos cuidados de ER no percurso pós-AVC, através de um relato de caso clínico surgindo a questão “Como intervém o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na abordagem à pessoa com AVC?” e paralelamente “quais os ganhos em saúde decorrentes dessa mesma intervenção?”. Apresenta-se como objetivo deste estudo descrever as intervenções do EEER na pessoa com Acidente Vascular Cerebral.

1. MATERIAS E MÉTODOS

O presente trabalho configura-se como um estudo de carácter descritivo, centrado na exposição de um relato de caso clínico. De acordo com a Heart Views (2017), a partilha deste tipo de trabalho assume-se como uma prática valiosa, na medida em que representa um método eficiente e ágil para a troca de conhecimentos entre pares profissionais; possibilitando a promoção de conhecimento capaz de refletir níveis mais elevados de evidência científica. Utilizou-se assim, como referência para elaboração do estudo, os itens contidos na lista de verificação previsto na diretriz do *case report guidelines* (CARE).

O estudo aborda uma pessoa atualmente internada numa UMDR, pós AVC isquémico, com período de vigência de 90 dias, à qual foi instituído um programa de reabilitação com foco na promoção da recuperação motora, prevenção de complicações associadas à imobilidade e maximização da funcionalidade nas Atividades de Vida Diária (AVD).

O acompanhamento do caso decorrerá durante um período de 4 semanas, com intervenções de ER regulares. A abordagem será conduzida com base na avaliação contínua do desempenho funcional e as intervenções serão adaptadas e ajustadas às respostas específicas da pessoa ao longo programa.

Durante este período foram realizadas 10 sessões, complementadas por dois momentos de avaliação: uma inicial (D1) e outra ao fim das 4 semanas (D2). O tempo de cada sessão foi ajustado conforme a tolerância individual da pessoa aos exercícios propostos.

Numa primeira abordagem foi solicitado o consentimento informado por escrito (Apêndice I), por forma a assegurar os princípios éticos. A investigação foi conduzida, de acordo com Nunes (2013), em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à pesquisa em Enfermagem, bem como o direito à informação completa sobre o estudo, à autodeterminação, ao anonimato e à garantia da confidencialidade dos dados apresentados.

A seleção da pessoa alvo de estudo foi aleatória, tendo sido apenas selecionada a problemática em estudo nomeadamente do foro neurológico em específico o Acidente Vascular Cerebral.

A realização da colheita de dados teve em conta a consulta do processo clínico, entrevista informal, observação e a aplicação de instrumentos de recolha de dados indicados pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Estes instrumentos permitem “quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação” (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: National Institutes Health Stroke Scale (NIHSS), Medical Research Council Muscle Scale (MRC), Escala de Ashworth Modificada, Escala de Equilíbrio de Berg, Índice de Barthel e a Medida da Independência Funcional (MIF).

Os resultados foram acompanhados e registados ao longo dos dias em que decorreram as sessões de ER, incluindo as avaliações realizadas no início e no final do programa.

1.1 Apresentação do caso

O estudo aborda uma pessoa de 78 anos de idade, do sexo masculino, caucasiano e de nacionalidade portuguesa. É casado e tem 2 filhos, sendo que um deles reside atualmente em França. Encontra-se reformado da sua atividade profissional como taxista e residia com a esposa até ao evento que motivou o último internamento, na sequência de um AVC isquémico. A habitação corresponde a uma moradia térrea, com acesso direto ao nível do solo, sem escadas ou desníveis no percurso de entrada, garantindo total acessibilidade.

Apresenta como antecedentes pessoais: dislipidémia, fibrilhação auricular e perturbação da ansiedade. Nega hábitos tabágicos ou alcoólicos. Sem alergias alimentares e/ou medicamentosas. A terapêutica habitual inclui: Apixabano 5mg, Atorvastatina 40mg, Duloxetina 60mg, trazadona 100mg, Gabapentina 300mg, Metamizol 575mg.

O evento cerebrovascular ocorreu em janeiro de 2025 e foi atribuído a etiologia cardioembólica, associada a fibrilhação auricular previamente diagnosticada, coexistindo com ateromatose de grande vaso, evidenciada por estenose significativa da artéria basilar.

Deu entrada no serviço de urgência, a 21 de janeiro de 2025, após queda no domicílio na sequência de perda de consciência. Após o diagnóstico, foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, onde evoluiu favoravelmente com recuperação neurológica. Já em Unidade pós AVC iniciou reabilitação motora com terapia da fala por disfagia sequelar com boa evolução.

Foi realizada referenciação para a RNCCI e desde 15 de abril de 2025 encontra-se na UMDR com o objetivo de implementar um plano individualizado de reabilitação neurológica, centrado na maximização do potencial funcional, na prevenção de complicações associadas à imobilidade e na promoção da autonomia.

A avaliação elaborada à entrada desta unidade relata défices neurológicos persistentes, com particular destaque para hemiplegia direita de predomínio braquial, com plegia completa do membro superior direito. Os sinais motores evidenciados ao nível do membro inferior homolateral, apresentavam-se com menor gravidade. Não se observavam alterações significativas ao nível da fala ou da compreensão, mantendo-se a comunicação funcional preservada. A notar discurso ligeiramente disártrico, organizado

e coerente. A mobilidade encontrava-se severamente comprometida, sendo o doente dependente na realização da maioria das AVD, incluindo transferências, autocuidado e alimentação.

1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

A avaliação de ER dirigida à pessoa com AVC deve assumir um carácter holístico, sistematizado e estruturado, centrando-se nas respostas individuais para orientar intervenções eficazes. Neste sentido, à avaliação inicial, acrescenta-se a recolha de dados obtida no primeiro dia (D1) do plano de reabilitação.

Durante a avaliação, a pessoa apresentou-se vígil, orientada auto e alo-psiquicamente, com discurso monotónico, hipofonia moderada e hipomímia facial.

Avaliação das funções neurológicas: De acordo com o score obtido na escala NIHSS (score 9), indicando um AVC de gravidade moderada, evidenciou-se nível de consciência preservada, com capacidade para responder a comandos simples. Não apresentava desvio conjugado do olhar, evidenciando movimentos oculares coordenados e simétricos em todas as direções. Observou-se parésia facial ligeira do lado direito (com apagamento do sulco nasogeniano). Em termos motores apresentava défice motor grave no membro superior direito (nenhum movimento) e moderado no membro inferior direito (algum esforço contra gravidade), sem preservação da coordenação motora (testável no membro inferior direito). A avaliação da sensibilidade revelou-se sem nenhuma perda. Relativamente à dimensão linguagem e articulação verbal, a notar disartria leve sem dificuldade na nomeação, fluência, repetição ou compreensão. Não se observaram sinais de negligência hemiespacial. (Apêndice II).

Avaliação dos pares cranianos: As alterações encontradas foram:

- VII par craniano (facial) revelando paralisia facial central direita, apagamento do sulco nasogeniano, mas sem alterações ao nível do reconhecimento de sabores nos dois terços anteriores da língua;
- X par craniano (vago) presença de reflexo de vômito e hipofonia moderada.

Avaliação da Capacidade Funcionalidade: Por forma a avaliar o nível de independência na realização das AVD, recorreu-se à aplicação do Índice de Barthel (Apêndice VI) obtendo-se um score de 35 (dependência grave). Por forma a realizar uma avaliação mais abrangente incluindo funções cognitivas e sociais foi aplicada a MIF (Apêndice VII), na qual se obteve uma pontuação de 72.

Avaliação da Força Muscular: para avaliação deste critério, aplicou-se a escala MRC (Apêndice IV), que permitiu acompanhar a evolução dos dados obtidos, acerca da força muscular no hemicorpo direito e esquerdo, para cada segmento muscular. Verificou-se assim força 0/5 no membro superior direito e

3/5 no membro inferior direito (exceto à dorsiflexão tibiotársica com força 1/5) e 5/5 no hemicorpo esquerdo.

Avaliação do equilíbrio: com a Escala de Berg (Apêndice V) foi possível avaliar o equilíbrio estático e dinâmico por forma a definir se haveria estabilidade suficiente para manter o ortostatismo permitindo ao EEER adequar um auxiliar de marcha, bem como a capacidade funcional para adquirir uma marcha segura. Foi obtido um score de 12 na primeira avaliação, representando diminuição do equilíbrio e elevado risco de queda.

Avaliação do Tónus Muscular: foi utilizada a Escala de Ashworth Modificada (Apêndice III) com o objetivo de avaliar o tónus muscular e verificar se a diminuição da força observada no hemicorpo afetado se encontrava associada à presença de espasticidade. A avaliação em D1 revelou grau 1+ em alguns segmentos do hemicorpo afetado.

1.3 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O seguinte plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação foi elaborado baseado na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e teve em consideração o Padrão Documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PDCEER) o qual “permitirá a caracterização da condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida” (PDCEER, 2015)

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene	
Intervenções: - Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene - Ensinar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene (cadeira ou assento de banho, escova de cabo longo para higiene das zonas de maior difícil acesso como costas e membros inferiores, barras de apoio, uso de tapetes antiderrapantes, preparação prévia de todo o material necessário)	Avaliação: Conhece, seleciona corretamente os dispositivos auxiliares, de acordo com a sua função
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene	
Intervenções: - Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene (cadeira ou assento de banho, escova de cabo longo para higiene das zonas de maior difícil acesso como costas e membros inferiores, barras de apoio, uso de tapetes antiderrapantes, preparação prévia de todo o material necessário) - Treinar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene (cadeira ou assento de banho, escova de cabo longo para higiene das zonas de maior difícil acesso como costas e membros inferiores, barras de apoio, preparação prévia de todo o material necessário para a atividade) - Supervisionar a atividade	Avaliação: - Melhoria no score no Índice de Barthel e MIF (item Higiene) - Realiza higiene diária de forma autónoma com pequena ajuda, usando os dispositivos auxiliares adequados - Nomeia todo o material necessário, mas ainda precisa de ajuda na sua preparação

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário	
Intervenções: - Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário - Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário (vestir primeiro o hemitorço afetado, e despi-lo por último, movimentos lentos e seguros, evitar puxar ou movimentos bruscos, usar pausas para descansar e organizar os movimentos)	Avaliação: - Demonstra conhecimento sobre a técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário - Descreve a técnica corretamente
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário	
Intervenções: - Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário - Instruir sobre técnica auxiliar para o autocuidado: vestuário (vestir primeiro o hemitorço afetado, e despi-lo por último, usar roupas com fechos frontais, velcros, molas ou tecidos elásticos, uso de calçadeiras de cabo longo) - Treinar a técnica de adaptação para vestir-se/despir-se (vestir primeiro o hemitorço afetado, e despi-lo por último, usar roupas com fechos frontais, velcros, molas ou tecidos elásticos, de calçadeiras de cabo longo) em diferentes momentos do dia – cuidados de higiene/banho, antes do momento de repouso e antes de deitar - Supervisionar atividade	Avaliação: - Melhoria no Índice de Barthel no score do item vestir-se de 0 para 5 - Melhoria na MIF no score do item vestir parte superior de 2 para 4 pontos e na parte inferior de 2 para 3 pontos - Consegue vestir/despir a parte superior de forma autónoma, mas com pequenas ajudas quando as peças de roupa são mais apertadas - Precisa de ajuda para vestir na metade inferior, mas consegue despir sem ajuda - Realiza a atividade nos vários momentos do dia

Diagnóstico: Movimento muscular diminuído (membro superior e inferior direito)	
Intervenções: • Avaliar e monitorizar força muscular através da Escala de Força MRC • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no membro superior direito (do segmento distal para o proximal, respeitando o limiar de dor e amplitude articular) 1 série de 10 repetições - Massagem - Dedos: flexão/extensão, adução/abdução, oposição do polegar - Punho: flexão/extensão, desvio radial/cubital - Antebraço: supinação/pronação - Cotovelo: flexão/extensão - Ombro: flexão/extensão, rotação, elevação/depressão, adução/abdução e circundação - Omoplata: elevação/depressão • Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo e ativo-resistido no membro inferior direito (do segmento distal para o proximal, respeitando o limiar de dor e amplitude articular) 1 série de 10 repetições - Dedos: flexão/extensão, adução/abdução - Tibiotársica: inversão/versão, dorsiflexão/flexão plantar - Joelho: flexão/extensão - Coxo-femural: flexão/extensão, rotação interna/externa, adução/abdução • Incentivar exercícios isométricos abdominais, glúteos e quadríceps (2 séries de 5 repetições) • Executar atividades terapêuticas de rolamento e ponte (2 séries de 5 repetições)	Avaliação: - Escala de Força MRC com variação positiva ao nível da força no membro inferior direito - Sem ganhos ao nível do membro superior direito, mas sem evidência de complicações associadas à imobilidade - Mobilizações no membro inferior direito: ativas-assistidas no início do programa, após 2 semanas evoluiu para ativas e ativas resistidas, permitindo o início do treino de marcha com auxílio de marcha tripé na 3ª semana

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no hemisfério direito (lado afetado)	
Intervenções: • Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular no hemisfério direito (afetado) • Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular (ativo-assistido: auto-mobilizações do hemisfério esquerdo) • Ensinar sobre técnicas de atividades terapêuticas (ponte e rolamentos para o lado afetado e são)	Avaliação: - Demonstra conhecimento sobre as técnicas de exercício muscular e atividades terapêuticas, realizando-as corretamente com pequenas correções nos rolamentos
Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (membro superior e inferior direito)	
Intervenções: • Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (hemisfério direito) • Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (auto mobilizações, atividades terapêuticas: rolamento e ponte) • Treinar técnicas de exercício muscular e articular (auto mobilizações, atividades terapêuticas rolamento e ponte)	- Corrige o posicionamento do hemisfério afetado para padrão anti-espástico quando alertado - Realiza ponte e rolamentos com pequena ajuda, antes dos cuidados de higiene e após o período de repouso (após almoço) - Realiza auto-mobilização de forma segura respeitando a amplitude articular e o limiar de dor

Diagnóstico: <u>Equilíbrio corporal comprometido</u>	
Intervenções: • Avaliar e monitorizar equilíbrio corporal (estático e dinâmico sentado e em ortostatismo) pela Escala de Berg • Estimular a manter o equilíbrio corporal (correção postural – uso de espelho) • Executar técnicas de treino de equilíbrio estático (sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés no chão, exercícios com bola suíça na posição de sentado na cama, de pé apoiado no fundo da cama e apoiado na barra lateral do corredor/barras de apoio no ginásio) e dinâmico (sentado na cama com balanço dos ombros, alcançar à frente, de pé ao fundo da cama realizando oscilações e rotações de tronco e transferência de peso, báculo anterior e posterior, levantar e sentar com apoio de mão sã,) 2 séries de 10 repetições • Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg	Avaliação: - Escala de Berg com melhoria no score de 16 para 28 - Corrige a postura quando em frente ao espelho e mantém alinhamento corporal - Inicia treino de marcha com tripé ao fim das 3 semanas do programa
Diagnóstico: <u>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal</u>	
Intervenções: • Avaliar capacidade para executar técnicas de equilíbrio corporal • Instruir sobre técnica de equilíbrio estático (sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés no chão, de pé apoiado no fundo da cama e apoiado na barra lateral do corredor/barras de apoio no ginásio) e dinâmico (sentado na cama com balanço dos ombros, de pé ao fundo da cama realizando agachamentos e transferência de peso, báculo anterior e posterior, levantar e sentar com apoio de mão sã, uso de bola suíça na posição de sentado na cama) • Treinar técnica de equilíbrio corporal estático (sentado na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés no chão, de pé apoiado no fundo da cama e apoiado na barra lateral do corredor/barras de apoio no ginásio com recurso a espelho) e dinâmico (sentado na cama com balanço dos ombros, de pé ao fundo da cama realizando agachamentos e transferência de peso, báculo anterior e posterior, levantar e sentar com apoio de mão sã, uso de bola suíça na posição de sentado na cama)	- Realiza as técnicas de equilíbrio estático e dinâmico com maior segurança - Observa-se melhoria na estabilidade postural, com prolongamento do tempo em ortostatismo e em segurança (de 30 segundos para 2 minutos) - Refere sentir maior segurança ao realizar as AVD

Tabela 1. Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação segundo Padrão Documental

2. RESULTADOS

Ao longo da execução do programa, a pessoa manteve-se vígil, orientada no tempo, espaço e pessoa e colaborante na receção dos cuidados prestados. O programa foi composto por 10 sessões realizadas durante os meses de maio e junho, sendo a duração, intensidade e número de repetições ajustadas em função da tolerância individual da pessoa.

Foi assim possível quantificar os ganhos em determinadas áreas, nomeadamente ao nível da força muscular na maioria dos segmentos corporais do membro inferior direito, com a aplicabilidade da Escala de Força MRC (flexão coxofemural, extensão do joelho e dorsiflexão tibiotársica). Ao nível do membro superior direito não houve qualquer ganho em termos de força, predominando o quadro de plegia completa.

Quanto ao tónus muscular, houve uma ligeira melhoria nos segmentos com alterações, evidenciada na escala de Ashworth Modificada, nomeadamente ao nível do membro superior direito, na flexão/extensão dos dedos, na flexão do punho e supinação do antebraço. Quanto ao membro inferior a notar melhoria na inversão e eversão tibiotársica. Os ganhos traduziram-se no score de 1+ para 1 em todos os segmentos.

Relativamente ao autocuidado, verificou-se uma melhoria significativa registada no Índice de Barthel, pelo enfoque no treino de AVD, inicialmente percebidas como mais comprometidas como seja o autocuidado higiene e auto-cuidado vestuário. O score inicial foi 35 e o score final 55. Estes resultados traduzem uma progressão no estado de dependência na realização das AVD, inicialmente apurado como dependência grave para dependência moderada na última avaliação (D2). A MIF apresenta também melhoria, sendo o score inicial 72 e o score final 81, mantendo no entanto, a necessidade de ajuda até 25% da tarefa.

O equilíbrio corporal, avaliado através da Escala de Berg, teve também uma progressão favorável com a escala a revelar inicialmente um score 16 e no final 28.

A fase de treino de marcha teve início numa etapa mais avançada do programa, possibilitado pela melhoria no fortalecimento muscular e equilíbrio. Esta decisão foi sustentada pelo forte empenho demonstrado pela pessoa em recuperar a capacidade de marcha, considerando-a essencial para alcançar um maior grau de autonomia aquando do regresso ao domicílio.

3. DISCUSSÃO

A implementação do programa de reabilitação delineado neste relato de caso, revelou ganhos significativos em diversos domínios da funcionalidade, com especial destaque para o autocuidado, nas vertentes abordadas (higiene e vestir/despir), bem como no equilíbrio corporal e na força muscular dos segmentos afetados. Estes progressos traduziram-se, não apenas em melhoria da capacidade de realização das AVD (higiene e vestir/despir), mas também na criação das condições funcionais mínimas para o início do treino de marcha assistida, etapa essencial na recuperação da mobilidade global da pessoa. Esta evolução, evidenciou a eficácia de uma abordagem estruturada e progressiva, em que cada competência recuperada constitui a base para a aquisição da seguinte.

No que respeita ao membro superior direito, não se registaram melhorias significativas, tendo-se mantido a situação de plegia. Este dado, ainda que representativo de uma limitação importante, não inviabilizou a intervenção, que foi reorientada para objetivos preventivos, nomeadamente a prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, como contraturas, dor associada, espasticidade e rigidez articular. Neste sentido foram implementadas medidas de posicionamento terapêutico, mobilizações passivas e técnicas de proteção articular, que embora não visassem a recuperação ativa da função, contribuíram para manter a integridade musculoesquelética e o conforto da pessoa.

Simultaneamente, os ganhos obtidos ao nível da força muscular nos membros inferiores e do equilíbrio corporal permitiram um avanço seguro e progressivo para a verticalização e, posteriormente, para o treino de marcha com apoio. O fortalecimento do segmento crural do hemicorpo afetado, aliado à melhoria do equilíbrio dinâmico possibilitou a execução segura de tarefas como a transferência cama-cadeira, o ortostatismo prolongado e, por fim a marcha assistida. Este percurso funcional reflete a importância de uma avaliação contínua e do ajuste constante do plano terapêutico às capacidades reais e individuais da pessoa.

A literatura é clara ao evidenciar que o domínio do equilíbrio corporal constitui um pré-requisito essencial não só para o treino de marcha, mas traduz-se em ganhos significativos também ao nível da funcionalidade e força muscular, como evidenciado no estudo de Rocha et al. (2020).

Paralelamente, os programas de treino das AVD, quando assentes em intervenções repetidas, treinadas, supervisionadas e adaptadas à realidade da pessoa, traduzem-se numa maior capacitação funcional e autonomia. A prática orientada e a repetição estruturada favorecem a consolidação motora, promovendo a integração da atividade e a sua transferência para o quotidiano. A presença do EEER durante estas atividades permite a correção de padrões ineficazes, a introdução de técnicas facilitadoras e a adaptação progressiva das exigências da tarefa, potenciando ganhos mais significativos. Esta

abordagem centrada, reforça a importância da ER na promoção da independência e na preparação para o regresso a casa. (António et al., 2024).

Nesta vertente, ressalva ainda o estudo de Santos et al. (2020), que o EEER contribui significativamente para a recuperação funcional da pessoa com AVC, promovendo a sua autonomia nas atividades de vida diária e impactando a sua qualidade de vida.

A salientar, a importância da motivação e do envolvimento da pessoa no sucesso do programa. Apesar de enfrentar constrangimentos físicos relevantes e episódios de labilidade emocional, a pessoa demonstrou uma atitude colaborante e perseverante, assumindo o seu papel como agente ativo no processo de reabilitação. A relação terapêutica estabelecida, sustentada na empatia, escuta ativa e adaptação da linguagem e intervenção, foi crucial para fomentar esta participação. Conforme recomenda a Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) a criação de uma relação terapêutica, utilizando técnicas de comunicação tanto verbal como não verbal, é essencial para desenvolver uma relação autêntica, baseada na confiança e no respeito mútuo. (RNAO, 2015)

Importa igualmente destacar, a responsabilidade do EEER na preparação da transição segura para o domicílio. Neste processo, não foram apenas promovidas estratégias para manter os ganhos funcionais alcançados, mas também procurou-se capacitar a pessoa e família para lidar com limitações permanentes, promovendo a adaptação do contexto e a continuidade dos cuidados. Neste âmbito a intervenção assumiu uma dimensão formativa e de coordenação, articulando aspetos físicos, emocionais e sociais.

As intervenções descritas foram fortalecidas pela colaboração da equipa multidisciplinar, cuja atuação integrada foi essencial face à multidimensionalidade do caso de AVC, permitindo um suporte global e coordenado que potenciou os resultados da reabilitação.

Ainda a referir que no decorrer do programa foi integrado um conjunto de atividades de reabilitação cognitiva com o objetivo de estimular as funções cognitivas da pessoa, nomeadamente atenção, memória e orientação (através de jogos, leitura de trava línguas, escrita, desenhos – Apêndice VIII) dada a complexidade da abordagem à pessoa com AVC e a influência das capacidades cognitivas na aprendizagem de novas rotinas, adesão a novas técnicas de adaptação e desempenho nas AVD.

Cumprir referir que no decurso deste processo, foram desenvolvidas competências específicas nos três domínios principais (Diário da República, 2019)

- Cuida de pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Os conhecimentos adquiridos durante a vertente teórica, permitiram desenvolver, implementar e avaliar um plano de cuidados individualizado focado na maximização das capacidades funcionais da pessoa com AVC. Foi igualmente possível aplicar instrumentos de avaliação validados, que orientaram a tomada de decisão e a formulação de diagnósticos adequados.

A elaboração deste relato de caso, revelou-se uma ferramenta fundamental para sistematizar o cuidado prestado, identificar indicadores de progresso, bem como refletir sobre a prática, por forma a melhorar continuamente a prestação de cuidados e o desenvolvimento profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste relato destacou-se a relevância das intervenções de ER implementadas na pessoa com AVC, com o objetivo de melhorar a sua funcionalidade.

Os instrumentos de avaliação foram utilizados por forma a fundamentar a tomada de decisão, orientando assim a definição de metas personalizadas e realistas, permitindo também a adaptação continua do plano de cuidados.

A contribuição destes instrumentos foi crucial para a validação das intervenções implementadas, oferecendo dados quantificáveis que sustentam a eficácia das estratégias adotadas.

Durante o programa apresentado houve necessidade de realizar ajustes nas sessões planeadas, de acordo com a tolerância da pessoa, considerando a frequência, intensidade, tempo, tipo, volume e progressão do treino. Esta abordagem permitiu adaptar a carga e a intensidade dos exercícios às capacidades e limites da pessoa, garantindo um treino seguro e eficaz que favoreceu a adesão e a progressão gradual ao longo do processo terapêutico.

Contudo, importa destacar como limitação relevante a restrição temporal inerente à implementação do programa. O período disponível revelou-se insuficiente para observar ganhos funcionais mais consolidados, sobretudo nas áreas mais comprometidas como a motricidade do membro superior e no treino de marcha.

Para investigações futuras, recomenda-se a implementação de sessões de reabilitação com maior regularidade, idealmente em regime diário, de modo a potenciar a eficácia das intervenções. Sugere-se ainda a realização de uma avaliação intermédia por forma a monitorizar com maior rigor a evolução da situação.

Sendo a avaliação da dor, nomeadamente associada à imobilização do membro superior, uma componente relevante no acompanhamento realizado, o recurso à Escala Numérica para avaliar a dor não foi incluído no pedido submetido à Comissão de Ética. Assim esta omissão limitou a análise integral do quadro clínico, pois a dor pode influenciar diretamente a adesão e a resposta às intervenções terapêuticas, especialmente na reeducação funcional motora. A ausência desta avaliação constitui uma limitação do estudo, recomendando-se que futuras investigações integrem esta medida para uma abordagem mais abrangente e precisa.

Destaca-se ainda a pertinência de promover novos estudos que aprofundem a abordagem na recuperação funcional, contribuindo para o fortalecimento da prática baseada na evidência em Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, M. A., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Alexandre Teófilo, & João, A. L. (2025). Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), e35999–e35999. Disponível <https://doi.org/10.33194/rper.2025.35999>
- DGS - *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. (n.d.). Disponível <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>
- DGS - Norma nº 054/2011 de 27 de Dezembro 2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Direção Geral de Saúde.
- Heart Views. (2017). Guidelines to Writing a Clinical Case Report. *Heart Views*, 18(3), 104. <https://doi.org/10.4103/1995-705x.217857>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). Estatísticas da Saúde: 2023. Disponível https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=706996012&DESTAQUESstema=55538&DESTAQUESmodo=2
- Matos, M., & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 11–19. Disponível <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Pub. Co.
- Nunes L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Disponível <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Disponível <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

- Ordem dos Enfermeiros, & Mesa. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. E. (2001). Nursing: concepts of practice (6th ed.). Mosby
- Rêgo, A. F. da C. S. (2018). *Alterações cognitivas e repercussões psicossociais do acidente vascular cerebral* [Dissertação de mestrado]. Universidade Católica de Pernambuco.
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 - Série 2.
- RNAO. Person-and Family-Centred Care [Internet]. Toronto: RNAO; 2015 [citado 8 de Março de 2025]. Disponível em: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>
- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A. & Pestana, H. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-17. <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Roy, C. (2009). The Roy adaptation model (3rd ed.). Pearson Prentice Hall.
- Santos, J.T., Campos, C.M., & Martins, M.M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(3). DOI: 1033194
- Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral (2016). Acidente Vascular Cerebral - tudo o que precisa saber. Disponível <https://www.associacaoportuguesadeavc.com/o-que-e-avc>
- Sousa, L. Martins, M. Novo, A. (2020). A Enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, Vol 3, S1, pp- 64-69.
- Stroke Alliance for Europe. (2018). Plano de ação para o AVC na Europa 2018-2030. Disponível <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>
- World Stroke Organization. (2023). *World Stroke Day 2023 Report: Stroke – A Global Health Priority*. Disponível <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/world-stroke-day-2023>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

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

Título do estudo: ... Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com AVC – Relato de Caso

Enquadramento: ... O estudo insere-se no âmbito do estágio de Reabilitação na Comunidade que está a decorrer no Instituto Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde de Santa Rosa de Lima, no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do(a) Professor(a) Nelson Guerra e do(a) Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação Vera Braga.

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

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

Confidencialidade e anonimato: ... Neste estudo de caso está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo. A análise dos dados é descritiva. O autor principal é responsável pela colheita, tratamento dos dados e destruição dos instrumentos de colheita de dados. Apenas será apresentada a síntese dos dados.

... Com os melhores cumprimentos [Carla Susana Ramalho nº202490019, 969751159, 202490019@uatla.pt]

Assinatura/s: *Carla Ramalho*

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que

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

Nome:

Assinatura: Data: /..... /.....

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

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

APÊNDICE II - NIHSS (National Institutes Health Stroke Scale)

Data da avaliação: D1		
Instrução	Definição da escala	Score
1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonómicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	<u>0</u> _____ _____ _____
1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.	<u>0</u> _____ _____ _____
1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	<u>0</u> _____ _____ _____
2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.	<u>0</u> _____ _____ _____

Instrução	Definição da escala	Score
3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	<u>0</u> _____ _____ _____
4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).	<u>1</u> _____ _____ _____
5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____ 5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito	<u>5a = 0</u> _____ <u>5b = 4</u> _____ _____

6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.	0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	<u>6a = 0</u> <u>6b = 2</u> _____ _____
	6a. Perna esquerda 6b. Perna direita	

Instrução	Definição da escala	Score
7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes index-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.	0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____	1 _____ _____ _____ _____
8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para verificar acuradamente uma perda hemissensitiva. Um escore de 2, “grave ou total” deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em esturpor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.	0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.	0 _____ _____ _____ _____

9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.	0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.	0
--	--	----------------------------------

Instrução	Definição da escala	Score
10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique	<u>1</u> _____ _____ _____
11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	<u>0</u> _____ _____ _____
TOTAL		9

Tradução e adaptação: Octávio Marques Pontes-Neto Neurologia – HCFMRP - USP

Você sabe como fazer.

De volta pra casa.

Eu cheguei em casa do
trabalho.

Próximo da mesa, na sala de
jantar.

Eles ouviram o Pelé falar no
rádio.

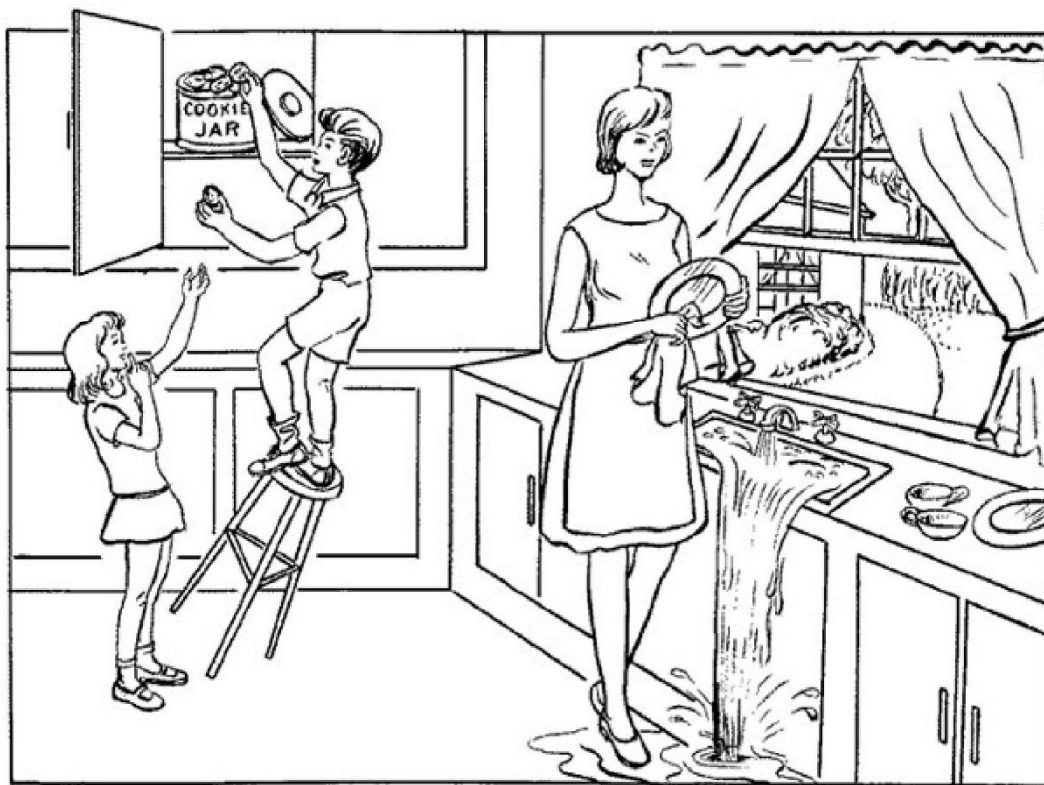
Sentenças para leitura no item 9. Melhor linguagem

Mamãe
Tic-Tac
Paralelo
Obrigado
Estrada de ferro
Jogador de futebol

Lista para item 10. Disatria

Lista para nomeação no item 9. Melhor linguagem





Copyright © 1983 by Lee & Feltner

Figura para o item 9. Melhor linguagem

APÊNDICE III - Escala de Ashworth Modificada

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA	
GRAU	OBSERVAÇÃO CLÍNICA
0	Nenhum aumento de tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular (ADM), quando a região é movida em flexão ou extensão;
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da ADM restante
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente;
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil;
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão

MEMBRO SUPERIOR DIREITO			
		D1	D2
Dedos	Flexão	1+	1
	Extensão	1+	1
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
Punho	Flexão	1	0
	Extensão	1+	1
	Desvio Radial	0	0
	Desvio Cubital	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	1+	1
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
MEMBRO INFERIOR DIREITO			
		D1	D2
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
Tibiotársica	Dorsiflexão	0	0
	Flexão plantar	0	0
	Inversão	1+	1
	Eversão	1+	1
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Coxofemural	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0

APÊNDICE IV - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE FORÇA MUSCULAR (MRC)
Medical Research Council)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE FORÇA MUSCULAR (MRC)	
0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção de movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior

Movimentos avaliados:

		D1	D2
Membro superior direito	Abdução do ombro	0	0
	Flexão do cotovelo	0	0
	Extensão do punho	0	0
Membro superior esquerdo	Abdução do ombro	5	5
	Flexão do cotovelo	5	5
	Extensão do punho	5	5
Membro inferior direito	Flexão coxofemoral	3	4
	Extensão do joelho	3	4
	Dorsiflexão tibiotársica	1	2
Membro inferior esquerdo	Flexão coxofemoral	5	5
	Extensão do joelho	5	5
	Dorsiflexão tibiotársica	5	5

APÊNDICE V - ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG

ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG		
	D1	D2
Posição sentado para posição de pé	Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas (2)	Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos (3)
Permanecer em pé sem apoio	Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (2)	Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão (3)
Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho	Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão (3)	Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos (4)
Posição em pé para a posição de sentado	Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida (2)	Controla a descida utilizando as mãos (3)
Transferências	Necessita de uma pessoa para ajudar (1)	Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos (3)
Permanece em pé sem apoio com os olhos fechados	Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão (3)	Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão (3)
Permanece em pé sem apoio com os pés juntos	Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos (1)	Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos (2)
Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé	Pode avançar à frente, mas necessita de supervisão (1)	Pode avançar a frente >5 cm com segurança (2)
Pegar num objeto do chão a partir de uma posição em pé	Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair (0)	Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair (0)
Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé	Necessita de supervisão para virar (1)	Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio (2)
Girar 360 graus	Necessita de ajuda enquanto gira (0)	Necessita de ajuda enquanto gira (0)
Posicionar os pés alternadamente no degrau ou no banquinho enquanto permanece em pé sem apoio	Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair (0)	Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair (0)
Permanece em pé sem apoio com um pé à frente	Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos (1)	Capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos (2)
Permanece em pé sobre uma perna	Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça e, pé independentemente (1)	Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça e, pé independentemente (1)
TOTAL	16	28

APÊNDICE VI - ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL			INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS
	D1	D2	
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc. ou dieta modificada 10 = independente	5	5	100 pontos - Totalmente Independente 99 a 76 pontos - Dependência leve 75 a 51 pontos - Dependência moderada 50 a 26 pontos - Dependência severa 25 e menos pontos - Dependência total
BANHO 0 = dependente 5 = independente	0	5	
HIGIENE PESSOAL 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	5	
VESTIR-SE 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, fechos, laços, etc.)	0	5	
EVACUAR 0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam enema) 5 = Acidente ocasional 10 = Continente	5	10	
URINAR 0 = Incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = Continente	5	5	
IR À CASA DE BANHO 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente	5	5	
DESLOCAÇÕES 0 = Incapaz, sem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente	5	10	
MOBILIDADE 0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas, incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (pode precisar de alguma ajuda; por exemplo, bengala) > 50 metros	5	5	
ESCADAS 0 = Incapaz 5 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) 10 = Independente para subir e descer	0	0	
TOTAL	35	55	

APÊNDICE VII - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

De acordo com a norma nº 054 da Direção-Geral da Saúde (2011) para pessoas com AVC, permite identificar quatro níveis funcionais: pontuação = 18 indica dependência total; entre 19-60 pontos, corresponde a uma dependência modificada (exigindo assistência até 50% da tarefa); entre 61-103 pontos para dependência modificada (necessidade de ajuda até 25% da tarefa) e entre 104-126 pontos reflete independência total (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL				
			D1	D2
DIMENSÃO MOTORA	Autocuidados	a. Alimentação	5	5
		b. Higiene Pessoal	3	5
		c. Banho (lavar corpo)	2	4
		d. Vestir metade superior	2	4
		e. Vestir metade inferior	2	3
		f. Utilização da sanita	3	4
	Controlo esfíncteres	g. Bexiga	4	4
		h. Intestino	6	6
	MOBILIDADE			
	Transferências	i. Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	4	4
		j. Sanita	3	4
		k. Banheira	2	2
Locomoção	l. Marcha/Cadeira de rodas	3	3	
	m. Escadas	1	1	
DIMENSÃO COGNITIVA	Comunicação	n. Compreensão	7	7
		o. Expressão	6	6
	Cognição Social	p. Interação Social	6	6
		q. Resolução de Problemas	6	6
		r. Memória	7	7
	TOTAL		72	81

APÊNDICE VIII - REABILITAÇÃO COGNITIVA



Imagem 1 - Jogos de motricidade e atenção utilizados, existentes na UMDR

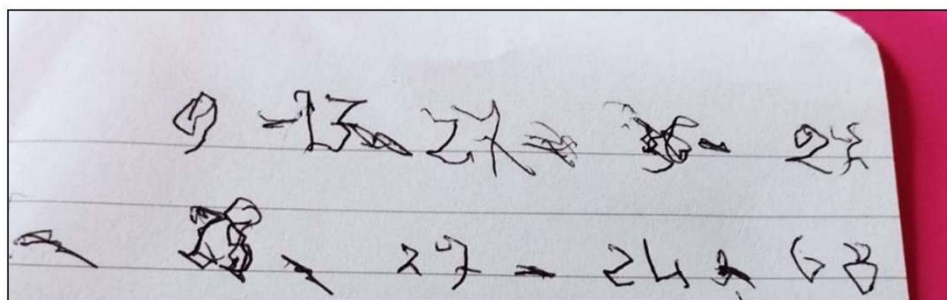


Imagem 2 - Reabilitação Cognitiva: escrita de números aleatórios (D1)

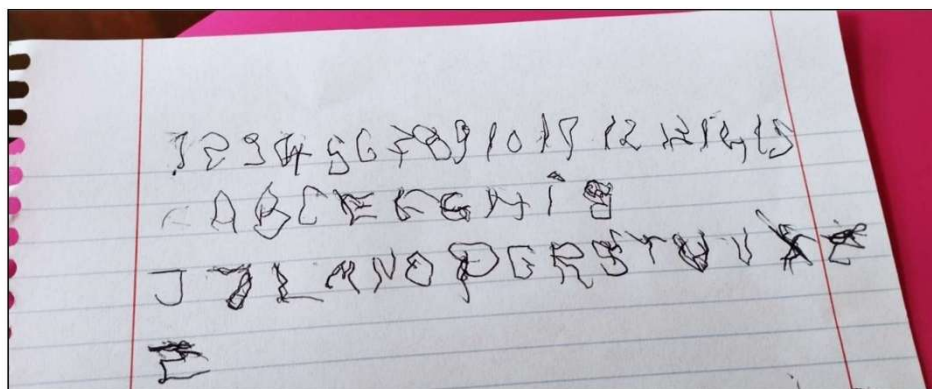


Imagem 3 - Reabilitação cognitiva: Escrita de números de 1 a 15 e abecedário (D1)

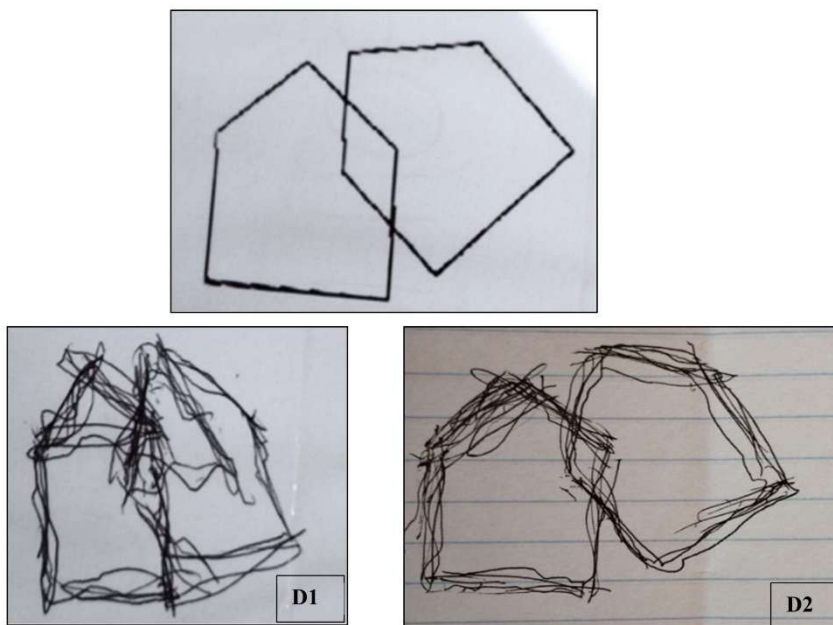


Imagem 4 - Reabilitação cognitiva: Solicitado para copiar a imagem (em D1 e D2)

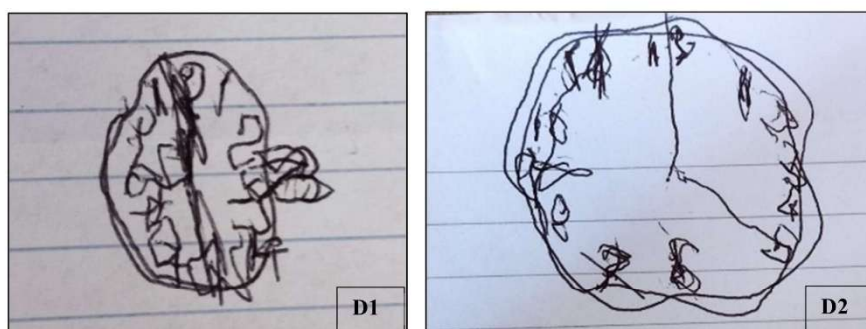


Imagem 5 - Desenho de um relógio a D1 e D2

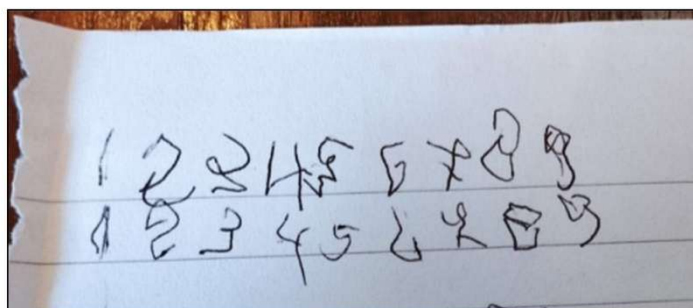


Imagem 6 - escrita de números (D2)

ANEXOS

ANEXOS I - Case Report Guidelines (CARE)

Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	
Patient Information	5a	De-identified patient specific information	
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient	
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	
	5d	Relevant past interventions with outcomes	
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	
	10d	Adverse and unanticipated events	
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes ☐ No ☐

APÊNDICE II – Relato de Caso Clínico “A intervenção de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica”



3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular – Estágio profissionalizante

Ano Letivo 2025/2026

**A intervenção de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Relato de Caso Clínico**

Elaborado por:

Carla Susana Nunes Penteado Pinheiro Carvalho Ramalho, nº 202490019

Orientado por:

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

Enfermeiro Supervisor:

Enfermeira Célia Pinto

Barcarena, Lisboa

Novembro de 2025

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular – Estágio profissionalizante

Ano Letivo 2025/2026

A intervenção de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Relato de Caso Clínico

Elaborado por:

Carla Susana Nunes Penteado Pinheiro Carvalho Ramalho, nº 202490019

Orientado por:

Professor Doutor Nelson Emídio Henrique Guerra

Enfermeiro Supervisor:

Enfermeira Célia Pinto

Barcarena, Lisboa

Novembro de 2025

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste trabalho

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária
CAT – *COPD Assessment Test*
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DGS – Direção Geral da Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EBM – Escala de Borg Modificada
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER – Enfermagem de Reabilitação
GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
LCADL - *London Chest Activity of Daily Living*
MIF – Medida de Independência Funcional
mMRC – *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale*
OMS – Organização Mundial de Saúde
RCC – Relato de Caso Clínico
RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario
RR – Reabilitação Respiratória
SPP – Sociedade Portuguesa de Pneumologia
SPO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio
TC6M – Teste de Caminhada 6 Minutos
TDA – Teoria do Défice de Autocuidado
TUG – Teste Timed Up and Go

RESUMO

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma patologia respiratória progressiva e incapacitante que compromete a ventilação, a tolerância ao esforço e a qualidade de vida. A Enfermagem de Reabilitação, através da Reabilitação Respiratória, assume um papel essencial na otimização da funcionalidade, promoção da autonomia e capacitação da pessoa.

Objetivo: Descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com DPOC em contexto de internamento, no âmbito de um programa de Reabilitação Respiratória e de capacitação para o Autocuidado.

Metodologia: Estudo descritivo, tipo Relato de Caso, elaborado segundo as orientações da CARE Guidelines. A intervenção decorreu durante 3 semanas e incluiu 9 sessões individualizadas de Reabilitação Respiratória, com treino dos músculos respiratórios, técnicas de reeducação ventilatória, estratégias de conservação de energia e exercícios de tolerância ao esforço. A avaliação foi realizada através de instrumentos padronizados de medição de dispneia, capacidade funcional e independência nas atividades de vida diária.

Resultados: Observou-se melhoria na ventilação, aumento da tolerância ao esforço e maior independência funcional, traduzida pela redução da dispneia, aumento da autonomia e diminuição do impacto global da doença.

Interpretação: O programa de Reabilitação Respiratória, associado ao cuidado centrado na pessoa, promoveu ganhos significativos na funcionalidade, bem-estar e capacidade de autocuidado.

Conclusão: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação revelou-se determinante na recuperação respiratória e funcional da pessoa com DPOC, reforçando a importância da continuidade dos cuidados, educação para a saúde e da promoção do autocuidado.

Palavras-Chave: DPOC, Enfermagem de Reabilitação, Reabilitação Respiratória, Relato de Caso

ABSTRACT

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a progressive and disabling respiratory disease that compromises ventilation, exercise tolerance and quality of life. Rehabilitation Nursing, through Respiratory Rehabilitation, plays an essential role in optimizing functionality, promoting autonomy and empowering the person.

Objective: To describe the interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the person with COPD in the context of hospitalization, within the scope of a Respiratory Rehabilitation and Self-Care training program.

Methodology: Descriptive study, Case Report type, prepared according to the CARE Guidelines. The intervention lasted for 3 weeks and included 9 individualized sessions of Respiratory Rehabilitation, with training of the respiratory muscles, ventilatory re-education techniques, energy conservation strategies and exercises for tolerance to effort. The evaluation was carried out using standardized instruments to measure dyspnea, functional capacity and independence in activities of daily living.

Results: There was an improvement in ventilation, increased exercise tolerance and greater functional independence, translated by reduced dyspnea, increased autonomy and decreased overall impact of the disease.

Interpretation: The Respiratory Rehabilitation program, associated with person-centered care, promoted significant gains in functionality, well-being and self-care capacity

Conclusion: The intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing proved to be decisive in the respiratory and functional recovery of the person with COPD, reinforcing the importance of continuity of care, health education and the promotion of self-care.

Keywords: COPD, Rehabilitation Nursing, Respiratory Rehabilitation, Case Report

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
1.1 Apresentação do Caso	14
1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação	15
1.3 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	17
2. RESULTADOS.....	21
3. DISCUSSÃO.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
APÊNDICES	28
APÊNDICE I – Consentimento Informado	29
APÊNDICE II – Guião de Entrevista	31
APÊNDICE III – Índice de Barthel	35
APÊNDICE IV – Medida de Independência Funcional	37
APÊNDICE V – Escala <i>London Chest Activity of Daily Living</i>	39
APÊNDICE VI - <i>Modified Medical Research Council Dyspnea Scale</i> (mMRC)	41
APÊNDICE VII – <i>COPD Assessment Test</i> (CAT) / Teste de Avaliação da DPOC	43
APÊNDICE VIII – Escala de Borg Modificada (EBM)	45
APÊNDICE IX – Teste <i>Timed Up and Go</i> (TUG).....	47
APÊNDICE X – Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M).....	49
ANEXOS.....	51
ANEXO I – <i>Panfleto “Técnicas de Gestão de Energia – Para a pessoa que sente cansaço fácil”</i>	52
ANEXO II - <i>Case Report Guidelines</i> (CARE).....	54
 Imagem 1- Telerradiografia realizada na admissão ao serviço.....	 14
 Tabela 1 - Plano de Cuidos de Enfermagem de Reabilitação.....	 20
Tabela 2 – Avaliações em D1 e D2.....	21

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem a finalidade de apresentar um Relato de Caso Clínico (RCC), desenvolvido no âmbito do Estágio Profissionalizante, inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, e a decorrer na Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

As doenças respiratórias crónicas representam um dos principais desafios em saúde pública a nível global, não apenas pela sua elevada prevalência, mas também pelo impacto significativo que exercem sobre a funcionalidade e qualidade de vida.

Entre estas, destaca-se a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), que de acordo com a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), é definida como uma patologia comum, passível de prevenção e, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo, resultante de alterações das vias aéreas e/ou alveolares, geralmente associadas à exposição prolongada a partículas e gases nocivos (GOLD, 2024).

Formiga et al. (2020) descrevem a DPOC como uma condição crónica de grande relevância para a saúde pública, que provoca limitações funcionais importantes e tem um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa.

A Direção Geral da Saúde (DGS) manifesta que a DPOC “diagnostica-se quando, na presença de sintomas respiratórios crónicos e persistentes (tosse, expetoração, dispneia) e/ou exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras e gases inalados), se demonstra a presença de obstrução ao débito aéreo, por alteração espirométrica.”. (DGS, 2019)

Apresentando-se como um problema maior de saúde, a DPOC é, em termos mundiais, a quarta principal causa de morte segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo em 2021 responsável por 3.5 milhões de óbitos, representando cerca de 5% das mortes a nível global. (OMS, 2024)

A nível nacional e segundo comunicado da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), cerca de 14% dos indivíduos com mais de 40 anos apresentam DPOC, sendo que cerca de 7% têm uma doença em grau moderado, grave ou muito grave. Assim, um em cada sete adultos com mais de 40 anos sofre de DPOC, e um em cada 14 apresenta formas clinicamente significativas da doença (SPP, 2021).

A SPP identifica o tabagismo como principal causa da DPOC afetando cerca de 10 a 15% dos fumadores. Contudo, fatores como exposição ocupacional a poeiras e químicos, poluição atmosférica e predisposições genéticas, podem igualmente contribuir para o desenvolvimento e agravamento da doença.

A gravidade desta patologia é caracterizada de forma multidimensional, considerando vários fatores, como a função pulmonar através de espirometria, os sintomas e o seu impacto na vida diária e o risco de exacerbações, nomeadamente a frequência e gravidade das mesmas (GOLD, 2024).

Os sintomas da pessoa com DPOC, que conduzem progressivamente à diminuição da sua capacidade em realizar tarefas quotidianas simples, moldam não apenas a componente física, mas também a vivência do dia-a-dia: as limitações funcionais criam barreiras à autonomia, provocam dependência e podem gerar sentimentos de frustração e isolamento.

Num estudo de Farias e Martins (2011) foram encontradas correlações importantes entre a qualidade de vida e a gravidade da dispneia, o número de exacerbações e o grau de limitação funcional. A limitação ao nível da atividade física, surge como fator mais impactante na qualidade de vida, seguida dos sintomas decorrentes da doença e do impacto psicológico e social (Farias & Martins, 2011).

Também no estudo descritivo de Machado et al. (2024) confirma-se que a dispneia está intimamente associada à diminuição no autocuidado e na capacidade de realizar tarefas diárias.

A OMS enfatiza ainda que a DPOC tem um impacto económico significativo, não só a nível da produtividade laboral e doméstica como também pelos custos que o tratamento e acompanhamento exigem (OMS, 2024).

Paralelamente, a incerteza face às exacerbações frequentes e à perceção de incapacidade, conduz a elevados níveis de ansiedade e depressão, comprometendo o bem-estar psicológico.

O impacto da DPOC, parece assim ultrapassar a esfera clínica, constituindo um problema de saúde pública com implicações transversais na qualidade de vida da pessoa, família e sociedade em geral.

Tomando como referência as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, é visível como a Enfermagem de Reabilitação (ER) desempenha um papel fundamental na abordagem à pessoa com DPOC, contribuindo significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida, funcionalidade e autonomia.

Assim o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), não se limitando à monitorização clínica, atua de forma integrada na educação para a saúde, no ensino de técnicas respiratórias, no treino de tolerância ao esforço e na promoção da autogestão da doença. Esta intervenção permite reduzir a frequência e a gravidade das exacerbações, otimizar a adesão terapêutica, minimizar a fadiga e a dispneia, e prevenir complicações associadas. Para além disso, a ER atua na componente psicossocial do cuidado, oferecendo suporte emocional, promovendo a participação ativa da pessoa no plano terapêutico e fortalecendo competências que favorecem a manutenção da independência nas Atividades de Vida Diária (AVD).

Posto isto, a abordagem do EEER é integral e centrada na pessoa, articulando competências técnicas, educativas e relacionais, contribuindo decisivamente para que a pessoa viva de forma mais ativa, participativa e com melhor qualidade de vida.

De acordo com as orientações da Registered Nurses' Association of Ontario [(RNAO), 2015] o cuidado centrado, constitui um modelo que enfatiza a importância de reconhecer a pessoa cuidada como parceiro ativo no processo de cuidados, valorizando o seu conhecimento, preferências e experiências de vida. Neste sentido, a intervenção não se limita a um conjunto de técnicas de reabilitação respiratória, integrando igualmente a escuta ativa, a negociação de objetivos e a tomada de decisão partilhada.

As recomendações da RNAO destacam a importância de promover autonomia e empoderamento da pessoa, aspetos essenciais na DPOC, onde a gestão diária da dispneia, da fadiga e do regime terapêutico exige o envolvimento ativo da pessoa e sua família. Assim, estratégias como o ensino de técnicas respiratórias, a adaptação das AVD e a promoção de estilos de vida saudáveis são implementados de forma colaborativa, de acordo com as metas e prioridades definidas pela própria pessoa e pela sua família; sem descuidar o impacto social, emocional e existencial da doença.

O EEER, alinhado com as orientações da RNAO, assume um papel mediador, criando um ambiente terapêutico de confiança e respeito, onde a dignidade, a individualidade e participação ativa da pessoa são garantidas.

O Regulamento das Competências Específicas do EEER enquadra o modelo do cuidado centrado, definindo que o EEER tem como missão maximizar a funcionalidade, promover a autonomia e capacitar a pessoa para a reintegração social (Diário da República, 2019). Estas competências pressupõem uma prática fundamentada no conhecimento científico, na avaliação integral da pessoa e na elaboração de planos de cuidados individualizados, que consideram as respostas humanas individuais reais e potenciais de cada pessoa ao longo do seu ciclo de vida.

No contexto da DPOC, o EEER ao atuar não apenas na vertente física, mas também nas dimensões psicológica e social, objetiva restaurar a capacidade funcional, a autonomia e sobretudo a dignidade da pessoa, reconhecendo-a como sujeito de direitos, vontades e escolhas ao longo do seu percurso de reabilitação.

Importa salientar a relevância de uma prática sustentada em referenciais teóricos, que valorizem a individualidade, a autonomia e o processo de capacitação da pessoa com DPOC na gestão da sua condição de saúde. Neste sentido o referencial de Dorothea Orem, revela-se particularmente pertinente na intervenção com a pessoa com DPOC.

O núcleo da Teoria do Défice de Autocuidado (TDA), desenvolvido por Orem, consiste na noção de que a necessidade de intervenção de enfermagem surge quando a capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma é afetada pelas suas limitações relacionadas com a saúde (Tomey & Alligood, 2002).

Ao apresentar limitações no processo respiratório, que com a progressão da doença resultam em dispneia e reduzem a capacidade da mesma realizar atividades básicas da vida diária; a pessoa com DPOC enfrenta um compromisso no autocuidado e consequentemente na sua qualidade de vida.

De acordo com Souza et al. (2021), o autocuidado assume a centralidade e é definido como a capacidade da pessoa realizar ações dirigidas a si mesma com o objetivo de preservar a vida, a saúde e o bem-estar.

Orem sustenta que o enfermeiro, deve reconhecer os défices que interferem com o autocuidado e criar estratégias que apoiem e potencializem a autonomia na realização do mesmo (Ribeiro et al., 2021). Toma-se relevante que para tal o enfermeiro estabeleça uma relação terapêutica com o alvo dos cuidados e que ao avaliar o seu potencial de reabilitação face ao défice existente, implemente programas individualizados e especializados de capacitação, através de estratégias compensatórias e estruturas de suporte para que este se adapte à sua condição (Ribeiro et al., 2021).

Posto isto, a prática de ER à pessoa com DPOC encontra sólido suporte na TDA de Dorothea Orem, que enfatiza a identificação das necessidades de autocuidado e a intervenção do enfermeiro para suprir défices que comprometam a sua autonomia. Neste contexto, o EEER atua de forma educativa e compensatória, orientando o treino respiratório, a gestão de sintomas, a adesão ao tratamento; promovendo o controlo da doença.

Quando articulada com o cuidado centrado na pessoa, conforme orientações da RNAO, esta abordagem valoriza a individualidade, as preferências e o contexto de vida, garantindo que o plano de reabilitação seja desenhado em parceria, personalizado, participativo e respeite a autonomia da pessoa.

A elaboração deste RCC reveste-se desta forma, de grande importância, pois permite aprofundar o conhecimento sobre a prática clínica e evidenciar o contributo da intervenção de ER. Este tipo de estudo possibilita a partilha de experiências e estratégias de intervenção aplicadas ao contexto real, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados. Assim, ressalta como objetivo deste estudo: descrever as intervenções de ER implementadas à pessoa com DPOC, destacando os seus benefícios no processo de adaptação e gestão da doença.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

O RCC apresentado, numa perspetiva qualitativa, consiste numa metodologia de investigação que procura compreender e explorar fenómenos complexos inseridos em contextos específicos, onde múltiplos fatores interagem. Este tipo de estudo, foca-se numa entidade claramente definida, podendo envolver grupos, organizações, comunidades ou indivíduos como unidades de análise passíveis de investigação. (Figueiredo e Amendoeira, 2018)

Cumprе salientar que a elaboração do RCC seguiu as orientações propostas pelas *Case Report (CARE) Guidelines* (Anexo II).

O estudo aborda uma pessoa internada num serviço de Medicina Interna, sendo o motivo de internamento exacerbação de DPOC, à qual foi instituído um programa de reabilitação com incidência na Reeducação Funcional Respiratória, complementada por intervenções destinadas a melhorar a capacidade funcional global, a tolerância ao esforço e a qualidade de vida. Neste contexto, incluem-se estratégias como o treino de técnicas respiratórias, exercícios de fortalecimento e resistência, monitorização de perceção ao esforço e atividades educativas no sentido de promover o autocuidado e a adesão terapêutica.

O período de acompanhamento decorreu em 3 semanas, com intervenção regular de ER. Esta abordagem teve como base a avaliação continua da capacidade funcional e as intervenções realizadas foram adaptadas de forma individualizada, tendo em conta as respostas específicas da pessoa em estudo.

Foram realizadas 9 sessões e implementados dois momentos de avaliação: no início do programa (D1) e no final do mesmo (D2). Cada sessão foi ajustada à tolerância da pessoa aos exercícios propostos.

Para a realização deste estudo foi solicitado o consentimento informado por escrito (Apêndice I) assegurando os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsínquia.

A escolha da pessoa participante foi realizada de forma aleatória, sendo definido previamente apenas o tipo de problemática a abordar, pertencente ao foco respiratório, especificamente a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

Para realizar a colheita de dados, foi necessário proceder à consulta do processo clínico, à observação direta, à entrevista estruturada (Apêndice II) e ainda aos instrumentos de recolha de dados recomendados pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação; que avaliam e mostram os efeitos das intervenções realizadas pelo EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2016)

Neste estudo, foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Borg Modificada (EBM), *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale* (mMRC), Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6M), Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL), *COPD Assessment Test* (CAT) - Teste de avaliação da DPOC, Medida de Independência Funcional (MIF), Índice de Barthel e o teste *Timed Up and Go* (TUG).

1.1 Apresentação do Caso

Trata-se de uma pessoa de 82 anos de idade, do sexo feminino, caucasiana e de nacionalidade portuguesa. É viúva, tem 4 filhos e encontra-se reformada, tendo exercido a profissão de cozinheira. Reside com um dos filhos, em Lisboa num segundo andar, num prédio com elevador. Apresenta antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diverticulose, colecistectomia, cirurgia por incontinência vesical, cirurgia lombar há 20 anos, Fibrilhação Auricular, enfisema pulmonar apical bilateral e bronquiectasias. É seguida na Consulta de Pneumologia desde 2022 por sobreposição Asma/DPOC (exposição passiva ao fumo de tabaco) e seguida na Consulta de Patologia do Sono por Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. Nega alergias alimentares ou medicamentosas.

Previamente autónoma na realização das AVD.

Refere sono pouco reparador, com necessidade de dormir com 2 almofadas e tosse produtiva matinal há mais de uma década, mantendo sempre secreções fluidas.

Encontra-se medicada com Fluticasona/Umeclidínio/Vilanterol 1 inalação de manhã, Pantoprazol 40 mg, Edoxabano 60mg, Furosemida 40 mg, Trazadona 50 mg, Hidroxizina em SOS e Salbutamol 4 inalações em SOS.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, cansaço a pequenos esforços e aumento de secreções agora de características viscosas, mucosas e inodoras. Referiu falha na toma de medicação diurética nos últimos 15 dias por interferência do efeito farmacológico nas atividades de grupo e familiares em que participa. Por saturação periférica de oxigénio (SPO₂) de 89%, iniciou oxigenoterapia por máscara facial a 4L/min com resposta satisfatória, apresentando saturações oscilantes entre 94% e 96%. A gasimetria arterial revelou pH 7.411; PaCO₂ 43.2 mmHg; HCO₃⁻ 26.9mmol/L; PaO₂ 61.3 mmHG, SPO₂ 92% e Lactatos 4.9mg/dL, sugerindo hipoxemia moderada, sem retenção de CO₂ e equilíbrio ácido-base preservado. Realizou telerradiografia entre outros exames complementares e ficou internada no Serviço de Medicina por exacerbação da DPOC e para esclarecimento de imagem sugestiva de abscesso esofágico achado em exames de imagem.



Imagem 1- Telerradiografia realizada na admissão ao serviço

1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Manteve-se vígil durante o internamento, orientada no tempo, espaço e pessoa e sem alterações na comunicação. No momento da admissão mantinha cansaço e necessidade de oxigenoterapia agora por óculos nasais a 3 L/min. Pressão arterial 146/86 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm e SPO₂ 94%.

À inspeção constatou-se pele hidratada e corada, tórax sem assimetrias e sem outras alterações, frequência respiratória de 20 ciclos por minuto (cpm), de baixa amplitude, padrão torácico, rítmico, com tempo expiratório prolongado, adejo nasal e recrutamento de músculos acessórios. À palpação a traqueia apresentou-se centralizada e simétrica e o tórax sem alterações. A percussão demonstrou hiperressonância pulmonar difusa, abdómen não timpanizado. À auscultação murmúrio vesicular globalmente diminuído e roncós audíveis no terço médio e superior, na inspiração e expiração.

À avaliação inicial, integrou-se também a recolha de dados realizada no primeiro dia (D1) do plano de reabilitação instituído.

A aplicação do Índice de Barthel, validado para a população portuguesa, permite avaliar o grau de independência nas Atividades Básicas de Vida Diária e pontua entre 0 e 100, refletindo o grau de incapacidade funcional. Em D1 foram avaliados 60 pontos (Dependência Moderada), com maior limitação nos itens Banho e Mobilidade (Apêndice III).

A MIF (Apêndice IV) que permite monitorizar a evolução funcional, revelou um score de 97 pontos (Dependência Modificada com assistência até 25% da tarefa).

Pela escala LCADL (Apêndice V), desenvolvida para avaliar o impacto da dispneia nas AVD em pessoas com DPOC, obteve-se 49 pontos (sendo 0 sem impacto e 75 pontos limitação em todas as atividades) nos 4 domínios avaliados (cuidado pessoal, domésticos, físicos e lazer).

A mMRC que avalia o grau de dispneia percebida pela pessoa com DPOC, indicou Grau 3 numa escala de 0 a 4 (Apêndice VI).

A aplicação do CAT, que inclui 8 perguntas pontuadas de 0 a 5 revelou um score de 31 pontos, traduzindo impacto muito elevado da DPOC no bem-estar (Apêndice VII).

O TUG que avalia a mobilidade, equilíbrio, capacidade de caminhar e o risco de queda em idosos, foi aplicado, com resultado de 18,45 segundos, indicando desempenho normal com algum risco de queda (Apêndice VIII)

Para avaliar o esforço e a capacidade para realizar atividades diárias, permitindo objetivar a medição da dispneia, fadiga e capacidade para o exercício, foi aplicado o TC6M no corredor plano do serviço, tendo a pessoa percorrido 226m em D1 (60,9% do valor previsto por Enright & Sherrill em 1998)

A pessoa registou como grau de dispneia percebida, na EBM, 3/10 em repouso e 5/10 ao esforço (Apêndice VII). Neste instrumento a pontuação varia de 0 que significa “nenhuma falta de ar” até 10, que representa “falta de ar máxima”.

Ainda de referir que a pessoa manifestou preocupação com a dificuldade respiratória, verbalizando receio de não conseguir controlar os episódios de dispneia, sobretudo durante a higiene e mobilização. Referiu sentimentos de frustração e tristeza por necessitar de ajuda para tarefas que anteriormente realizava de forma independente, como tomar banho diariamente, ir às compras, fazer limpeza da casa; o que afetou negativamente a sua autoestima. Destacou, em particular, a interrupção da atividade frequentar o grupo da Junta de Freguesia e de ir buscar os bisnetos à escola, ocupação que lhe era significativa, evidenciando a perda de papéis sociais e familiares; referindo ainda ansiedade relacionada com ao regresso ao domicílio e a possibilidade de depender da família.

1.3 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O Plano de Cuidados de ER é simultaneamente um instrumento operativo de planeamento terapêutico e um meio de reflexão crítica e de tomada de decisão, sustentado por evidência científica e centrado na pessoa enquanto agente ativo do seu próprio processo de reabilitação.

A partir da colheita de dados e da avaliação efetuada, foram determinados os seguintes diagnósticos de ER, formulados de acordo com linguagem da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), versão 2019, em conformidade com o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ER e com a Ontologia em Enfermagem:

Diagnóstico: <u>Ventilação Comprometida</u>	
Intervenções: - Auscultar tórax - Monitorizar frequência respiratória e SPO₂ - Vigiar ventilação e respiração - Otimizar ventilação – implementar técnicas de posicionamento (correção postural – uso do espelho do WC, de relaxamento e descanso “inclinada para a frente com os braços apoiados na mesa de refeição”) - Gerir oxigenoterapia - Realizar Cinesioterapia Respiratória – <u>Controlo e dissociação dos tempos respiratórios</u> (utilizando a expressão “cheirar a flor e soprar a vela” e um lenço de papel para visualizar o movimento na expiração), <u>abertura costal global</u> (recorrendo ao uso inicialmente toalha progredindo para bastão) / <u>seletiva esquerda e direita</u> e rotação escapulo umeral e <u>reeducação abdomino-diafragmática</u> em decúbito com joelhos fletidos e na posição de sentado (inspiração lenta e profunda pelo nariz expandindo o abdómen e expirar pela boca de forma controlada com os lábios semicerrados, deixando o abdómen descer) colocar as mãos sobre	Avaliação: ➢ Após intervenção apresenta melhoria nas SPO₂ ➢ Redução gradual de oxigénio de 3L/min ventilação espontânea em ar ambiente ➢ Melhoria do padrão respiratório quanto à frequência de 20 para 16 cpm ➢ Não evidencia utilização de músculos acessórios à respiração nem adejo nasal ➢ No final do programa tolera 2 séries de 5 repetições nos exercícios de cinesioterapia respiratória

o abdómen para consciencializar o movimento. Iniciar com 2 séries de 3 repetições e progressivamente aumentar repetições conforme tolerância. - Incentivar uso de técnicas respiratórias - Utilizar espirómetro de incentivo	
Diagnóstico: <u>Limpeza da via aérea comprometida</u>	
Intervenções: - Auscultar tórax - Avaliar reflexo de tosse e executar técnica de tosse dirigida - Vigiar expectoração - Executar Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias - Realizar técnica de Pressão Expiratória Positiva: copo com água com cerca de 10 cm de altura e uma palhinha – sentada confortavelmente, inspira pelo nariz e expira pela palhinha de forma contínua mantendo bolhas constantes durante toda a expiração (2 sessões de 5 repetições) - Executar cinesioterapia respiratória – abertura costal global (recorrendo ao uso inicialmente de toalha progredindo para bastão) e seletiva à direita e esquerda, exercícios de rotação escapulo-umeral - Executar terapêutica inalatória através de câmara expansora antes da realização dos exercícios - Ensino sobre a importância do reforço hídrico - Gerir ingestão hídrica, estabelecendo horários para reforço (de acordo com preferência – água fresca, evitar bebidas cafeinadas (chá) a partir da hora de almoço por interferência no padrão de sono)	Avaliação: ➢ Apresenta tosse eficaz mobilizando secreções com facilidade ➢ Mantém reforço hídrico ao longo do dia ➢ Murmúrio vesicular simétrico ➢ Diminuição de ruídos adventícios (roncos) ➢ Expectoração fluida e transparente em menor quantidade

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para auto-cuidado: higiene	
Intervenções - Avaliar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar higiene (esponja com cabo longo para higiene dos membros inferiores e região dorsal, banco para duche permitindo o duche sentado, barras de apoio) - Ensinar sobre dispositivo auxiliar (onde adquirir, modo de utilização, objetivo) - Fornecer material de apoio educativo sobre dispositivos - Envolver a família no processo educativo	Avaliação - Demonstra conhecimento sobre os dispositivos auxiliares à higiene - Seleciona corretamente os dispositivos de apoio antes de iniciar a higiene - Refere sentir-se mais confiante e autónoma na realização da higiene pessoal - Reconhece a importância e descreve o objetivo dos dispositivos
Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene	
Intervenções: - Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene - Instruir sobre o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene (banco para duche sentado, esponja com cabo longo para higiene dos membros inferiores e região dorsal, barras de apoio, uso de tapetes antiderrapantes) com preparação do material necessário antes da atividade banho - Treinar o uso de dispositivo auxiliar: cadeira de banho, barras de apoio, esponja em cabo longo - Supervisionar a atividade	Avaliação: - Realiza higiene diária sem ajuda com redução do esforço e maior independência, com necessidade apenas de supervisão - Usa os dispositivos de forma adequada - Melhoria do score no Índice de Barthel e MIF nos itens relacionados com a higiene corporal
Diagnóstico: Intolerância à atividade	
Intervenções: - Avaliar evolução de intolerância à atividade utilizando a EBM e mMRC - Avaliar o impacto da DPOC na vida da pessoa com a aplicação da LCADL - Gerir e negociar atividade física, planeando atividades mais gastadoras de energia no início do dia como cuidados de higiene ou treino de marcha; dividir atividades em pequenas etapas com pausas programadas.	Avaliação: - Melhoria do score no Índice de Barthel, EBM, mMRC e MIF - Realiza TC6M com aumento da distância percorrida - Melhora score no TUG - Consegue gerir a atividade/reposo ao longo do dia

Novembro 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica

19

- Encorajar a pessoa à atividade - Planear e assistir nos exercícios assistido-resistidos e resistidos de fortalecimento muscular e articular - Pedaleira - sentar e levantar, - treino de marcha - subir/descer escadas - Planear momentos de repouso, após os cuidados de higiene, após treino de exercícios assistido-resistidos e resistidos - Supervisionar a atividade	- Pedaleira: iniciou com 3 minutos 2 x dia com progressão para 8 minutos 2 x dia - Sentar e Levantar: inicialmente 3 repetições 3x dia para 5 repetições 3x dia - Treino de marcha: de 5 minutos em piso plano (corredor do serviço) progrediu para 8 minutos - Subir e descer escadas: sobe 5 degraus em D1 (2 x dia) e 1 lance de 10 degraus (2x dia) em D2
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de conservação de energia	
Intervenções: - Avaliar conhecimento sobre Técnicas de Conservação de Energia (TCE) - Ensinar sobre TCE recorrendo a exemplos familiares do quotidiano – planear o dia, alternar atividades mais exigentes com períodos de descanso, agrupar tarefas semelhantes, demonstrar como realizar atividades sentada (banho, lavar dentes, pentear, calçar - calçado de preferência sem atacadores), usar roupa de banho em detrimento de toalha, reunir todo o material necessário para a tarefa, arrumar utensílios nas zonas de mais fácil acesso (ao nível dos ombros e cintura), expiração com lábios semi-cerrados e associar a inspiração ao repouso e expiração ao esforço, subir escadas degrau a degrau. Estratégias para fazer compras – usar carrinho, usar transportes públicos no trajeto longo com maior inclinação e manter caminhada no trajeto de volta, elaborar lista consoante a disposição do mercado. - Simular situações reais como ir às compras, fazer a cama, sair de casa e entrar no elevador - Providenciar suporte visual informativo sobre TCE existente no serviço (Anexo I) - Envolver família na adoção de estratégias de conservação de energia	Avaliação: - Demonstra conhecimento sobre TCE - Conhece as diferentes estratégias para desempenhar as atividades com menor esforço - Participa ativamente na definição e implementação de estratégias - Manifesta sentir-se motivada e confiante para o regresso a casa

Tabela 1 - Plano de Cuidos de Enfermagem de Reabilitação

Novembro 2025 – Escola Superior de Saúde Atlântica

20

2. RESULTADOS

A avaliação continua recorrendo a instrumentos padronizados, possibilitou uma análise rigorosa da evolução da pessoa alvo de estudo, ao longo do programa de ER instituído. Os resultados evidenciaram melhorias consistentes em quase todos os domínios avaliados. Os instrumentos de avaliação anteriormente descritos foram aplicados na avaliação inicial (D1) e no último dia do programa (D2) cujos dados se encontram na Tabela 1. Foram avaliados os sinais vitais, nomeadamente a pressão arterial, frequência cardíaca, respiratória e SPO2; antes e no final de cada sessão de intervenção, bem como a EBM, para avaliação da dispneia.

	D1		D2	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Pressão Arterial	136/77	140/81	131/68	139/79
Frequência cardíaca	75	87	71	82
Frequência respiratória	20	26	16	22
SPO2	94	96	97	98
oxigenoterapia	3L/min	3 L/min	--	--
EBM	3	5	0	3
Barthel	60		95	
MIF	97		115	
LCADL	48		18	
CAT	32		11	
mMRC	Grau 3		Grau 1	
TC6M	226m		266m	
TUG	18,45''		14,95''	

Tabela 2 – Avaliações em D1 e D2

A análise da tabela supracitada permite inferir a ocorrência de ganhos significativos, refletidos na melhoria da capacidade funcional e da performance nas avaliações objetivas, corroborando a eficácia das intervenções implementadas e traduzindo progresso significativo.

A EBM apresentou uma redução de valores atribuídos pelo participante em atividades equivalentes antes e após as intervenções, com a pontuação reduzida de 3 para 0 em repouso e de 5 para 3 durante o esforço. A diminuição da sensação de dispneia traduziu uma adaptação ventilatória positiva, uma maior eficiência no padrão respiratório e melhor tolerância à atividade física.

O Índice de Barthel evidenciou uma melhoria na independência funcional, com a pessoa a realizar com menor necessidade de ajuda atividades como tomar banho, utilizar a casa de banho, mobilizar-se e subir escadas.

A MIF corroborou esta inferência, pois o aumento de valores obtidos nos itens relacionados autocuidado, transferências e locomoção reflete melhorias a nível da força muscular, coordenação e controlo postural, aspetos críticos para pessoas com limitação respiratória crónica.

A LCADL demonstrou redução do impacto da dispneia nas atividades de vida diária, evidenciando uma melhoria significativa em quase todos os domínios avaliados. De igual modo, o score do CAT diminuiu de 32 para 11 pontos, confirmando uma melhoria expressiva no impacto global da DPOC no quotidiano da pessoa.

A mMRC que avalia o grau de dispneia com o esforço, demonstrou melhoria com a redução do nível gravidade. Esta evolução indica que a pessoa passou a tolerar esforços anteriormente condicionados pela falta de ar, beneficiando das intervenções de treino de músculos respiratórios, de marcha e estratégias de conservação de energia.

No domínio da capacidade funcional e mobilidade, os testes aplicados reforçaram de forma quantitativa as melhorias observadas. O TC6M, demonstrou aumento da distância percorrida, indicador direto de melhoria da resistência aeróbia e da eficiência cardiorrespiratória. Esse progresso assume particular relevância na problemática da DPOC, uma vez que a limitação ao esforço é um dos principais fatores de incapacidade.

O TUG apresentou uma redução do tempo despendido para realizar a sequência de levantar, andar e voltar a sentar. Este resultado reflete ganhos na mobilidade global e equilíbrio, traduzindo menor vulnerabilidade a quedas e maior segurança nas deslocações.

3. DISCUSSÃO

“A Reabilitação Respiratória deve ser um processo holístico onde o objetivo principal é que a pessoa retome o seu pleno estado físico, mental, emocional, social e profissional” (OE, 2018). No caso apresentado, a implementação de um programa estruturado de RR resultou em ganhos clínicos e funcionais significativos, confirmando a eficácia das intervenções de ER orientadas para a otimização ventilatória, melhoria da tolerância à atividade e promoção da independência nas AVD.

Observou-se uma progressiva melhoria da capacidade funcional, refletida na realização independente de tarefas de autocuidado, como a higiene, evidenciando aumento da resistência física e da autonomia. Do ponto de vista respiratório, verificou-se otimização ventilatória, com maior amplitude, melhor controlo da dispneia e desmame de oxigénio, constituindo um marco relevante na evolução clínica. As técnicas de higiene brônquica favoreceram a limpeza das vias aéreas, potenciando a ventilação alveolar e reduzindo a fadiga. Estes resultados traduziram-se numa maior capacidade funcional e autoconfiança, preparando a pessoa para retomar as atividades quotidianas, como cuidar de si e acompanhar os bisnetos à escola, demonstrando transferência efetiva das competências adquiridas no programa.

A integração das TCE assumiu um papel determinante. O planeamento das atividades, a divisão de tarefas e as adaptações ambientais contribuíram para reduzir a fadiga e a necessidade de oxigénio suplementar, reforçando a segurança e a eficácia nas tarefas diárias. O uso contínuo das TCE promoveu bem-estar e participação social, reduzindo a perceção de limitação física. As simulações de situações de vida real permitiram à pessoa antecipar desafios e preparar-se para o regresso ao domicílio, consolidando a confiança e a adesão às estratégias aprendidas.

O envolvimento ativo da pessoa no programa revelou-se um elemento determinante para o alcance dos ganhos observados. A participação comprometida, expressa pela adesão às orientações, pela execução das técnicas ensinadas e pelo interesse demonstrado em compreender a sua condição de saúde, contribui significativamente para a evolução positiva do processo.

Paralelamente o envolvimento da família constituiu um fator facilitador essencial, quer pelo apoio emocional prestado, quer pela colaboração na implementação das estratégias de conservação de energia no domicílio.

A abordagem adotada reflete os princípios do cuidado centrado na pessoa, assegurando que as intervenções foram ajustadas às respostas humanas individuais, preferências e objetivos pessoais.

Os resultados obtidos, corroboram a evidência científica, nomeadamente o estudo de Pereira et al. (2020) que demonstra que programas estruturados de reabilitação respiratória, integrando treino funcional e estratégias de autocuidado, promovem melhorias significativas na autonomia e na capacidade funcional de pessoas com DPOC, destacando a importância da intervenção de ER na maximização do potencial

funcional. Também o estudo de Gaspar et al. (2019) demonstra que intervenções de RR individualizadas promovem ganhos clínicos e funcionais, salientando a relevância da personalização das estratégias de intervenção contínua para otimizar os resultados alcançados.

Paralelamente as intervenções implementadas na área do autocuidado, gestão eficiente de esforço e preparação para o regresso ao domicílio seguiram os princípios da Teoria de Dorothea Orem, promovendo autonomia e o desenvolvimento das capacidades de autocuidado.

O programa respeitou as respostas humanas individuais da pessoa, promovendo a sua participação ativa, autonomia e tomada de decisão na sua própria reabilitação, sendo estes pilares fundamentais do cuidado centrado.

A elaboração de RCC constitui uma oportunidade de desenvolvimento das Competências Específicas do EEER nos domínios principais, conforme descrito em Diário da República (2019). Participar no cuidado a uma pessoa com DPOC, caracterizada por limitações respiratórias, fadiga e restrições na realização das AVD, permitiu promover a sua reintegração e autonomia. Contribuir para a sua capacitação estimulando o desenvolvimento de estratégias e habilidades (incluindo TCE, treino de autocuidado e adaptação ambiental), possibilitou-lhe enfrentar as limitações impostas pela doença e retomar atividades do quotidiano. Por fim, a aplicação de intervenções direcionadas para potenciar a funcionalidade fortaleceu as capacidades físicas, cognitivas e sociais da pessoa, consolidando ganhos clínicos e funcionais sustentáveis, essenciais à melhoria da qualidade de vida da pessoa com DPOC.

Posto isto, esta ferramenta de documentação, reflexão e aprendizagem foi fundamental para organizar o cuidado, acompanhar a evolução e refletir sobre a prática de ER, promovendo a melhoria contínua e o desenvolvimento profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ER desempenha uma função central no cuidado a pessoas com DPOC, promovendo autonomia funcional, otimização ventilatória e melhoria da qualidade de vida. Neste sentido a RR suportada por avaliação estruturada e intervenções personalizadas, revela-se essencial para maximizar ganhos.

Os instrumentos de avaliação aplicados, constituíram um recurso fundamental, permitindo quantificar de forma objetiva a capacidade funcional, a tolerância ao esforço, a intensidade da dispneia e a autonomia da pessoa. A utilização sistemática destas ferramentas possibilita identificar necessidades específicas, orientar a seleção e a adaptação das intervenções, monitorizar a progressão e avaliar a eficácia das estratégias implementadas.

No RCC apresentado, foram identificadas limitações que se prendem com o facto de o término do programa não ter permitido realizar acompanhamento pós alta, o que teria sido de grande valor para avaliar a manutenção dos ganhos funcionais e a continuidade das estratégias no domicílio. Importaria ainda perceber se a pessoa manteve a participação nas suas atividades sociais e familiares, uma vez que estas constituem indicadores relevantes de integração e de qualidade de vida, refletindo a eficácia das intervenções de reabilitação no contexto real.

Também como condicionante ressalta a heterogeneidade do perfil funcional da pessoa participante, exigindo personalização de intervenções e podendo de certa forma, limitar a generalização dos resultados. Importa salientar a necessidade de desenvolver novos estudos na área da RR em pessoas com DPOC, reforçando a prática baseada em evidência em ER. Futuras investigações poderão centrar-se na implementação de estudos que integrem simulações do quotidiano, permitindo avaliar de forma mais objetiva o impacto das intervenções de ER.

Assim, o presente trabalho contribuiu de forma significativa para consolidar conhecimentos e aperfeiçoar habilidades específicas no domínio da ER, permitindo uma integração mais sólida entre a teoria e a prática, apoiando a progressão para a minha atuação como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bárbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M. J., Simão, P., Santos, M., Ferreira, J. R., Gaspar, M., Gnatiuc, L., & Burney, P. (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19(3), 96–105. Disponível <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.11.004>
- Borg, G. (1982). Psychophysical Bases of Perceived Exertion. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 14(5), 377–381. <https://doi.org/10.1249/00005768-198205000-00012>
- DGS. (2019). NORMA DGS diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica no adulto. Disponível <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/08/diagnostico-tratamento-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-adulto-2019.pdf>
- Enright, Paul L., & Sherrill, Duane L. (1998). Reference Equations for the Six-Minute Walk in Healthy Adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 158(5), 1384–1387. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.158.5.9710086>
- Farias, G., & Martins, R. (2016). Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals). Disponível <http://hdl.handle.net/10400.19/1625>
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista Da UIIPS – Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, VI(2), 102–107. Disponível <http://hdl.handle.net/10400.15/2590>
- Formiga, M. F., Dosbaba, F., Hartman, M., Batalik, L., Plutinsky, M., Brat, K., Ludka, O., & Cahalin, L. P. (2020). Novel versus Traditional Inspiratory Muscle Training Regimens as Home-Based, Stand-Alone Therapies in COPD: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Volume 15, 2147–2155. <https://doi.org/10.2147/copd.s266234>
- GOLD. (2024). *Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2024 Report*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD; GOLD. Disponível <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- Gaspar, L., Martins, P., & Gomes, F. (2019). Efeito da reabilitação respiratória nos sintomas avaliado pelo CAT e a sua relação com a tolerância à atividade em pessoas com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 6–10. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.01.4566>
- Machado, B., Félix, A. & Ribeiro, C. (2024). Nível de Dispneia, Atividades de Vida Diária e Autocuidado na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(1). Disponível <https://doi.org/10.33194/rper.2024.364>

- Ordem dos Enfermeiros, & Mesa. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The Timed “Up & Go”: a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
- Pereira, M. A. D. S., Braga Moreira, A. F., Puga Machado, P. A., & Dos Santos Castro Padilha, J. M. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 80–85. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823>
- Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho. Diário da República n.º 119/2015 - Série 2.
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. Diário da República n.º 85/2019 - Série 2.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais Teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1.a Ed., pp. 48–57).
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2021). Comunicado de imprensa- *Dia Mundial da DPOC 2021* [PDF]. Disponível https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais_conteudos_ficheiros/ci_dia-mundial-da-dpoc-2021.pdf
- Souza, D. G. de, Brandão, V. P., Martins, M. das N., Morais, J. A. V. de, & Jesus, N. O. de (Eds.). (2021). *TEORIAS DE ENFERMAGEM: RELEVÂNCIA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ATUALIDADE*. <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5.ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- World Health Organisation. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. World Health Organisation. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título do estudo: A Intervenção De Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Relato de Caso Clínico

Enquadramento: ... O estudo insere-se no âmbito do Estágio Profissionalizante de Enfermagem de Reabilitação a decorrer na Unidade Local de Saúde de Santa Maria, no âmbito do 3º Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Atlântica, sob a orientação do Exmo. Professor Nelson Guerra e sob a supervisão clínica da Exma. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Célia Pinto. O Relato de Caso Clínico tem como objetivo descrever as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Explicação do estudo: ... Solicita-se a participação no relato de caso clínico, de modo a contribuir para melhorar o conhecimento no diagnóstico, intervenção e avaliação em enfermagem de reabilitação. A recolha de dados será feita por meio de entrevista estruturada, durante o decorrer do estágio (de 09 de setembro a 20 de dezembro de 2025). Serão utilizados instrumentos/testes de avaliação para identificar as respostas humanas da pessoa, alterações nos processos corporais e processos de transição que está a viver e que podem ser alvo da intervenção em conjunto com o Enfermeiro Especialista em enfermagem de reabilitação. A sua participação no relato de caso clínico, terá como benefício melhorar o seu conhecimento sobre intolerância à atividade, autocuidado, ventilação, limpeza das vias aéreas, expetorar, movimento muscular, contribuindo a sua recuperação e consequentemente para melhorar a qualidade de vida. Não se identificam riscos para a pessoa quer aceite ou recuse participar no relato de caso clínico, na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

Condições e financiamento: ... A sua participação no presente relato de caso clínico é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre 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. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo. O tratamento da informação recolhida será conduzido, de forma descritiva e anónima, pela estudante responsável, exclusivamente para fins académicos, no âmbito da elaboração de um Relato de Caso Clínico. Findo este processo, os dados serão destruídos até 30 dias após a avaliação final do relato de caso clínico, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis à proteção de dados pessoais.

Grata pela sua disponibilidade e atenção.

Carla Ramalho

Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (nº estudante: 202490019, Contacto: 969751159, E-mail: 202490019@academia.ualantica.pt)

Assinatura/s: *Carla Ramalho*

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

Nome:

Assinatura:

Data: / /

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

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE: / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA:

¹ <http://www.who.int/medicines/essentials/13/2019/02/declaracao-helsinqia.pdf>

² <http://www.who.int/medicines/essentials/13/2019/02/declaracao-helsinqia.pdf>

APÊNDICE II – Guião de Entrevista

Guião de Entrevista – Relato de Caso Clínico em Enfermagem de Reabilitação (CARE Framework)♦ **Objetivo geral:**

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

1. Identificação do participante e contexto

(CARE item: *Patient Information*)

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

Perguntas orientadoras:

- Pode dizer-me a sua idade, sexo e situação familiar?
- Qual era a sua ocupação antes do evento/doença que motivou a reabilitação?
- Que diagnóstico clínico levou à necessidade de reabilitação?
- Há quanto tempo ocorreu o evento (descompensação de DPOC)?
- 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-existent, fatores de risco e contexto psicossocial.

Perguntas:

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

3. Avaliação inicial de enfermagem de reabilitação

(CARE item: *Clinical findings and timeline*)

Objetivo: descrever a condição inicial e o impacto funcional.

Perguntas:

- Quais eram as principais dificuldades que sentiu após o evento (Dispneia, fadiga, qualidade de vida, capacidade funcional, tolerância ao esforço, autonomia, limpeza das vias aéreas)?
 - Como se sentia emocionalmente no início do processo de reabilitação?
 - Que limitações identificou nas atividades da vida diária?
 - Que estratégias utilizou inicialmente para lidar com essas dificuldades?
-

4. Intervenções de enfermagem de reabilitação

(CARE item: *Therapeutic intervention*)

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

Perguntas:

- Que tipo de intervenções de reabilitação considera mais úteis para si (treino respiratório, limpeza das vias aéreas, técnicas de conservação de energia, treino do autocuidado, educação para a saúde e gestão da doença)?
 - 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 domiciliárias)?
-

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? (Dispneia, fadiga, qualidade de vida, capacidade funcional, tolerância ao esforço, autonomia, limpeza das vias aéreas)?
-

- Sente-se satisfeito com os resultados obtidos?

6. Impacto emocional, social e ocupacional

(CARE item: *Patient perspective*)

Objetivo: compreender o significado da reabilitação e a perceção pessoal do processo.

Perguntas:

- Como descreveria a sua experiência durante a reabilitação?
- O processo influenciou a sua autoestima, imagem corporal ou relações interpessoais?
- Que estratégias utilizou para lidar com o medo, a dor ou a frustração?
- Que significado atribui ao papel do enfermeiro de reabilitação na sua recuperação?
- Sente-se satisfeito com o apoio e processo de reabilitação?
- Que mensagem gostaria de deixar a outras pessoas em situação semelhante?

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.

APÊNDICE III – Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL		
ATIVIDADES	D1	D2
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc. ou dieta modificada 10 = independente	10	10
BANHO 0 = dependente 5 = independente	0	5
HIGIENE PESSOAL 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	5
VESTIR-SE 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, fechos, laços, etc.)	5	10
EVACUAR 0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam enema) 5 = Acidente ocasional 10 = Contínente	10	10
URINAR 0 = Incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = Contínente	10	10
IR A CASA DE BANHO 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente	5	10
DESLOCAÇÕES 0 = Incapaz, sem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente	10	15
MOBILIDADE 0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas, incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (pode precisar de alguma ajuda: por exemplo, bengala) > 50 metros	5	15
ESCADAS 0 = Incapaz 5 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) 10 = Independente para subir e descer	0	5
TOTAL	60	95

INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS
 100 pontos - Totalmente Independente
 99 a 76 pontos - Dependência leve
 75 a 51 pontos - Dependência moderada
 50 a 26 pontos - Dependência severa
 25 e menos pontos - Dependência total

APÊNDICE IV – Medida de Independência Funcional

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL		D1	D2	
DIMENSÃO MOTORA	Autocuidados	a. Alimentação	7	7
		b. Higiene Pessoal	3	6
		c. Banho (lavar corpo)	2	6
		d. Vestir metade superior	5	6
		e. Vestir metade inferior	4	6
		f. Utilização da sanita	7	7
	Controlo esfínter	g. Bexiga	7	7
		h. Intestino	7	7
	MOBILIDADE			
	Transferências	i. Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	6	6
		j. Sanita	5	7
		k. Banheira	5	6
Locomoção	l. Marcha/Cadeira de rodas	3	6	
	m. Escadas	2	4	
DIMENSÃO COGNITIVA	Comunicação	n. Compreensão	7	7
		o. Expressão	7	7
	Cognição Social	p. Interação Social	7	7
		q. Resolução de Problemas	6	6
		r. Memória	7	7
		TOTAL		97

NÍVEIS			
SEM AJUDA	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal)	COM AJUDA	Dependência modificada
	6 – Independência modificada (ajuda técnica)		5 - Supervisão
			4 - Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$)
			3 - Ajuda Moderada (indivíduo $\geq 50\%$)
			Dependência completa
			2 - Ajuda Máxima (indivíduo $\geq 25\%$)
			1- Ajuda Total (indivíduo $\geq 0\%$)
INTERPRETAÇÃO RESULTADOS			
18 Pontos – Dependência Completa			
19 – 60 Pontos – Dependência Modificada com assistência até 50% da tarefa			
61 – 103 Pontos – Dependência Modificada com assistência até 25% da tarefa			
104 – 126 Pontos – Independência Completa			

APÊNDICE V – Escala *London Chest Activity of Daily Living*

ESCALA LONDON CHEST ACTIVITY OF DAILY LIVING - (avaliação em D1)						
ATIVIDADES	PONTUAÇÃO					
Cuidado Pessoal						
Secar-se após o banho	0	1	2	3	4	5
Vestir a parte de cima do corpo (camisa, casaco)	0	1	2	3	4	5
Colocar sapatos/meias	0	1	2	3	4	5
Lavar os cabelos	0	1	2	3	4	5
Domésticas						
Arrumar a casa	0	1	2	3	4	5
Trocar o lençol / roupa de cama	0	1	2	3	4	5
Lavar janelas / cortinas	0	1	2	3	4	5
Limpar pó	0	1	2	3	4	5
Lavar a loiça	0	1	2	3	4	5
Aspirar / varrer	0	1	2	3	4	5
Físicas						
Subir escadas	0	1	2	3	4	5
Curvar-se	0	1	2	3	4	5
Lazer						
Caminhar em casa	0	1	2	3	4	5
Sair socialmente	0	1	2	3	4	5
Conversar / falar	0	1	2	3	4	5
Quanto a falta de ar afeta as suas atividades diárias? Muito (X) Pouco () Nada ()						
TOTAL	48					

ESCALA LONDON CHEST ACTIVITY OF DAILY LIVING - (avaliação em D2)						
ATIVIDADES	PONTUAÇÃO					
Cuidado Pessoal						
Secar-se após o banho	0	1	2	3	4	5
Vestir a parte de cima do corpo (camisa, casaco)	0	1	2	3	4	5
Colocar sapatos/meias	0	1	2	3	4	5
Lavar os cabelos	0	1	2	3	4	5
Domésticas						
Arrumar a casa	0	1	2	3	4	5
Trocar o lençol / roupa de cama	0	1	2	3	4	5
Lavar janelas / cortinas	0	1	2	3	4	5
Limpar pó	0	1	2	3	4	5
Lavar a loiça	0	1	2	3	4	5
Aspirar / varrer	0	1	2	3	4	5
Físicas						
Subir escadas	0	1	2	3	4	5
Curvar-se	0	1	2	3	4	5
Lazer						
Caminhar em casa	0	1	2	3	4	5
Sair socialmente	0	1	2	3	4	5
Conversar / falar	0	1	2	3	4	5
Quanto a falta de ar afeta as suas atividades diárias? Muito () Pouco (X) Nada ()						

APÊNDICE VI - *Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)*

MODIFIED MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNEA SCALE (mMRC)		
Avaliação em D1		
Grau 0		Só sofre de falta de ar durante exercícios intensos
Grau 1		Sofre de falta de ar quando anda apressadamente ou subindo uma rampa leve
Grau 2		Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade por causa de falta de ar ou tem que parar para respirar mesmo quando andando devagar
Grau 3	X	Pára para respirar depois de andar menos de 100 metros ou após alguns minutos
Grau 4		Sente tanta falta de ar quando está se vestindo, ou sente tanta falta de ar que não sai mais de casa

MODIFIED MEDICAL RESEARCH COUNCIL DYSPNEA SCALE (mMRC)		
Avaliação em D2		
Grau 0		Só sofre de falta de ar durante exercícios intensos
Grau 1	X	Sofre de falta de ar quando anda apressadamente ou subindo uma rampa leve
Grau 2		Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade por causa de falta de ar ou tem que parar para respirar mesmo quando andando devagar
Grau 3		Pára para respirar depois de andar menos de 100 metros ou após alguns minutos
Grau 4		Sente tanta falta de ar quando está se vestindo, ou sente tanta falta de ar que não sai mais de casa

APÊNDICE VII – *COPD Assessment Test* (CAT) / Teste de Avaliação da DPOC

TESTE DE AVALIAÇÃO DA DPOC – (avaliação em D1)						
Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5
Não tenho nenhuma expetoração no peito	0	1	2	3	4	5
Não sinto nenhum aperto no peito	0	1	2	3	4	5
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0	1	2	3	4	5
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0	1	2	3	4	5
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0	1	2	3	4	5
Durmo profundamente	0	1	2	3	4	5
Tenho muita energia	0	1	2	3	4	5
PONTUAÇÃO						32

TESTE DE AVALIAÇÃO DA DPOC – (avaliação em D2)						
Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5
Não tenho nenhuma expetoração no peito	0	1	2	3	4	5
Não sinto nenhum aperto no peito	0	1	2	3	4	5
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0	1	2	3	4	5
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0	1	2	3	4	5
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0	1	2	3	4	5
Durmo profundamente	0	1	2	3	4	5
Tenho muita energia	0	1	2	3	4	5
PONTUAÇÃO						11

APÊNDICE VIII – Escala de Borg Modificada (EBM)

ESCALA DE BORG MODIFICADA			
Avaliação em Repouso			
	D1	D2	
0		X	Nenhuma
0.5			Muito, muito leve
1			Muito leve
2			Leve
3	X		Moderada
4			Um pouco forte
5			Forte
6			
7			Muito Forte
8			
9			Muito, muito, forte
10			Máxima

ESCALA DE BORG MODIFICADA			
Avaliação em Esforço			
	D1	D2	
0			Nenhuma
0.5			Muito, muito leve
1			Muito leve
2			Leve
3		X	Moderada
4			Um pouco forte
5	X		Forte
6			
7			Muito Forte
8			
9			Muito, muito, forte
10			Máxima

Referência: Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. Medicine and Science in Sports and Exercise, 14 (5), 377–381.

Em Repouso – avaliada antes de iniciar o treino de marcha

Em Esforço – avaliada quando terminado o treino de marcha

APÊNDICE IX – Teste *Timed Up and Go* (TUG)

TIMED UP AND GO			
TEMPO	D1	D2	INTERPRETAÇÃO RESULTADOS
= ou < a 10'			Bom desempenho para adultos saudáveis e baixo risco de queda
De 10,1' a 20'	X (18,45'')	X (14,95'')	Desempenho normal para idosos frágeis ou com deficiência, mas que são independentes na maioria das AVD. Apresentam algum risco de queda
De 21' a 29'			Avaliação funcional obrigatória, abordagem específica sobre risco de queda. Apresentam risco de queda moderado
> a 30'			Alto risco de queda

Teste realizado no corredor do serviço, respeitando as indicações descritas por Podsiadlo e Richardson (1991), com o objetivo de avaliar de forma objetiva a mobilidade funcional e o risco de queda em pessoas idosas e com limitações físicas.

Material utilizado: Cadeira com apoio de braços e assento a 44 cm de altura

Cronómetro

Pino de chão (marcador)

Calçado habitual

Procedimento: O participante é instruído a sentar-se confortavelmente na cadeira, com as costas apoiadas no encosto e os braços sobre os apoios e os pés paralelos ao chão. O avaliador explica a tarefa de forma clara e permite um ensaio para familiarização. Ao comando “comece” é iniciado o cronómetro, o participante levanta-se, caminha 3 metros, contorna o marcador e regressa para se sentar novamente. O cronómetro é parado quando o participante se senta. O tempo total é registado em segundos.

O avaliador acompanha o percurso para garantir segurança, observando também a qualidade da marcha e o equilíbrio durante a tarefa.

Referência: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x/abstract>

APÊNDICE X – Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M)

TESTE DE CAMINHADA 6 MINUTOS		
Informação obtida		
idade	82	
peso	65Kg	
Altura	155 cm	
	D1	D2
SPO ₂ (início)	94%	97%
SPO ₂ (fim)	96%	98%
Distância percorrida	226m	266m
% do Previsto	60,9%	71,6%
Distância prevista de acordo com <u>Enright & Sherril</u> (1998)	371,2m	

<u>Procedimento</u>
A pessoa é instruída a caminhar o mais rápido possível, sem correr, durante 6 minutos, num corredor plano (com pelo menos 30m de comprimento e 1.5 de largura). O percurso encontra-se assinalado de 3 em 3 metros e na zona de viragem com pino de marcação. São utilizadas frases de incentivo a cada minuto. No final do teste é registada a distância percorrida. Se necessário pode parar para descansar, permanecendo o cronómetro ligado e retoma o teste até o término dos 6 minutos

<u>Equação de referência</u> ENRIGHT, PAUL L., & SHERRILL, DUANE L. (1998)
$TC6M = (2,11 \times \text{altura cm}) - (2,29 \times \text{peso Kg}) - (5,78 \times \text{idade}) + 667 \text{ m}$

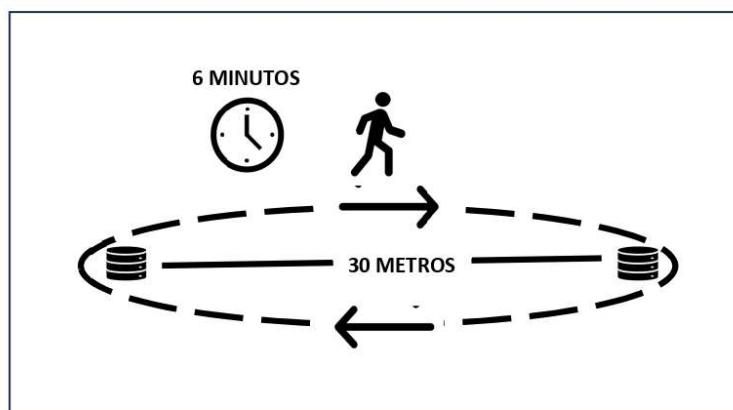
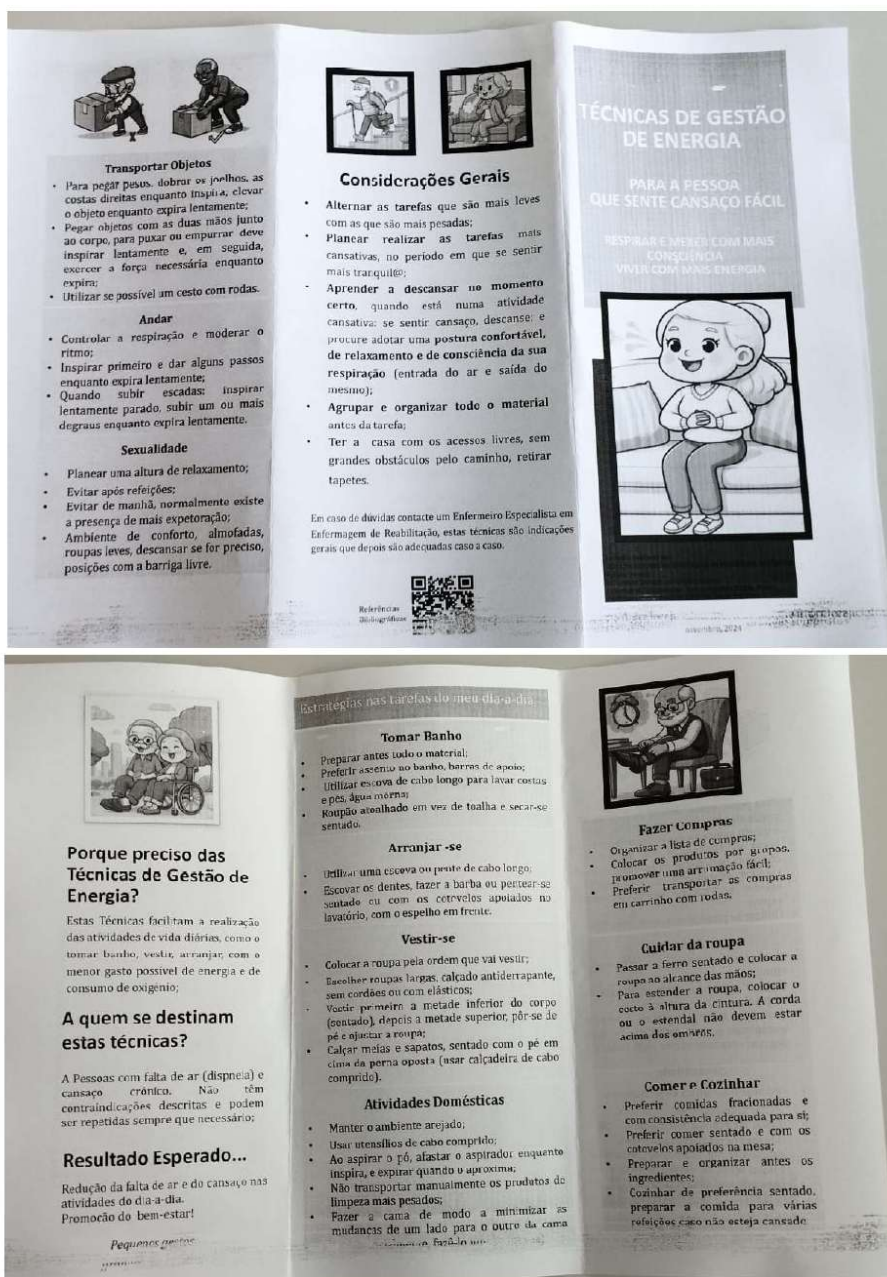


Ilustração do Teste de Caminhada 6 Minutos

ANEXOS

ANEXO I – Panfleto “Técnicas de Gestão de Energia – Para a pessoa que sente cansaço fácil”



ANEXO II - Case Report Guidelines (CARE)



CARE Checklist of information to include when writing a case report

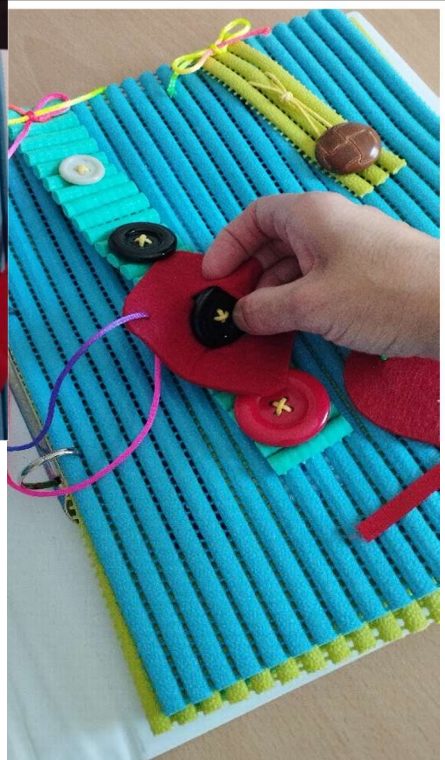
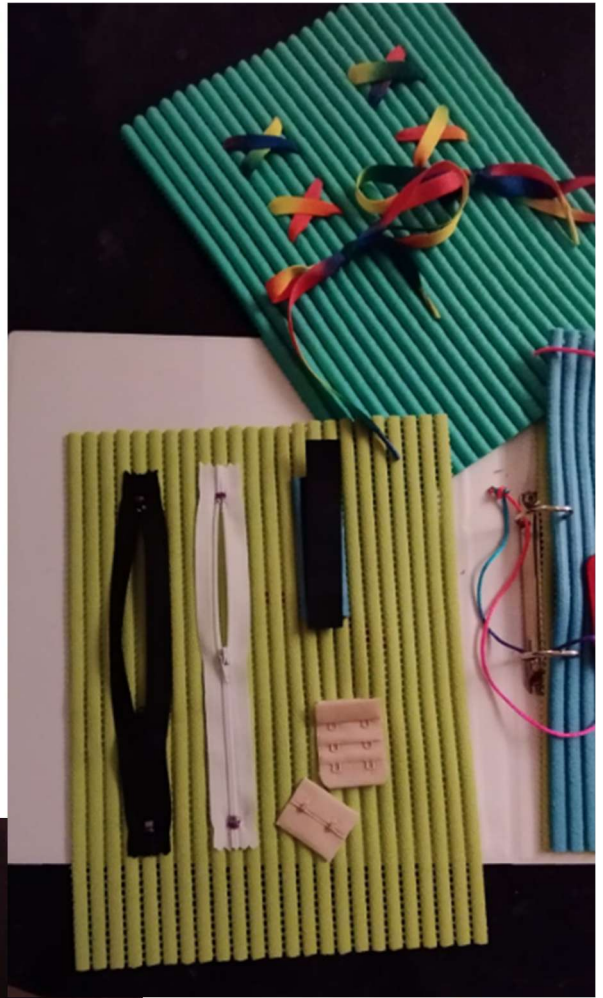


Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	_____
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	_____
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	_____
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	_____
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	_____
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	_____
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	_____
Patient Information	5a	De-identified patient specific information	_____
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient	_____
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	_____
	5d	Relevant past interventions with outcomes	_____
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	_____
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	_____
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	_____
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	_____
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	_____
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	_____
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	_____
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	_____
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	_____
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	_____
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	_____
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	_____
	10d	Adverse and unanticipated events	_____
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	_____
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	_____
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	_____
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	_____
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	_____
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes ☐ No ☐

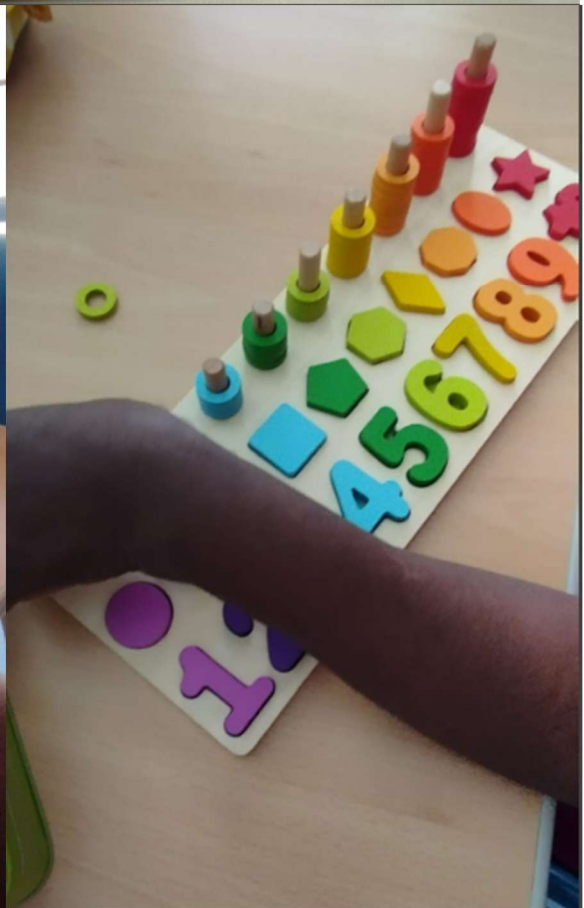
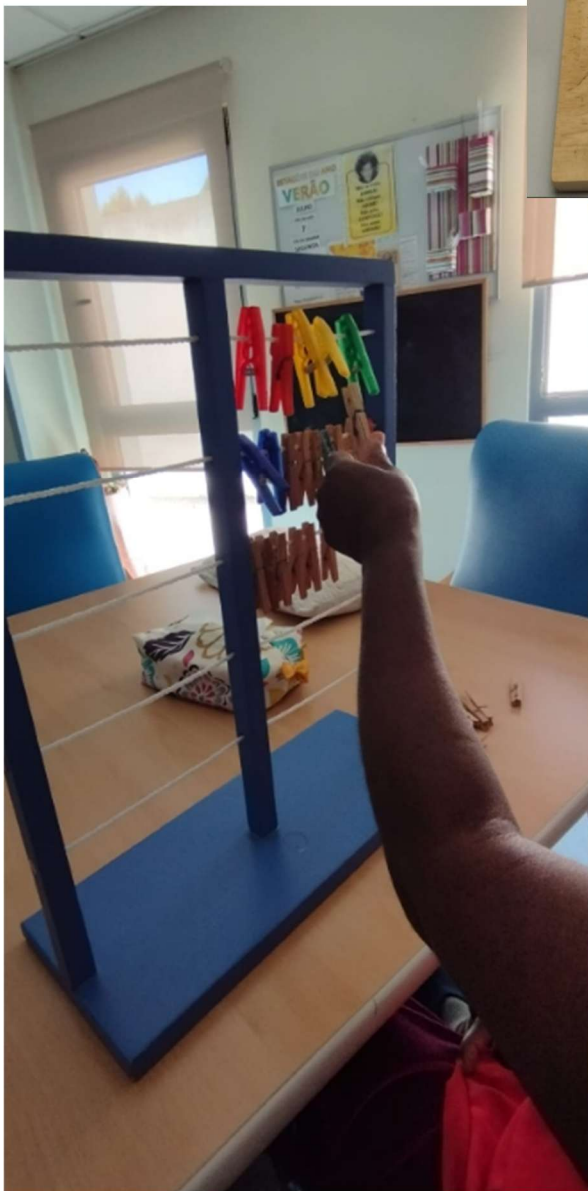
APÊNDICE III – Painei “Reabilitar a Motricidade Orofacial”



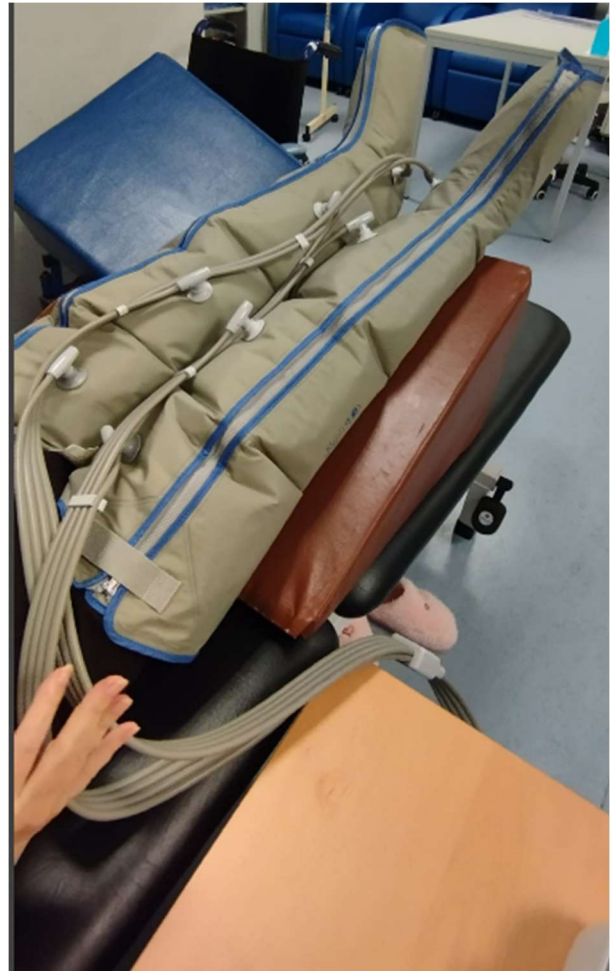
APÊNDICE IV – Dossier Multifunções (Treino de AVD - Vestuário)



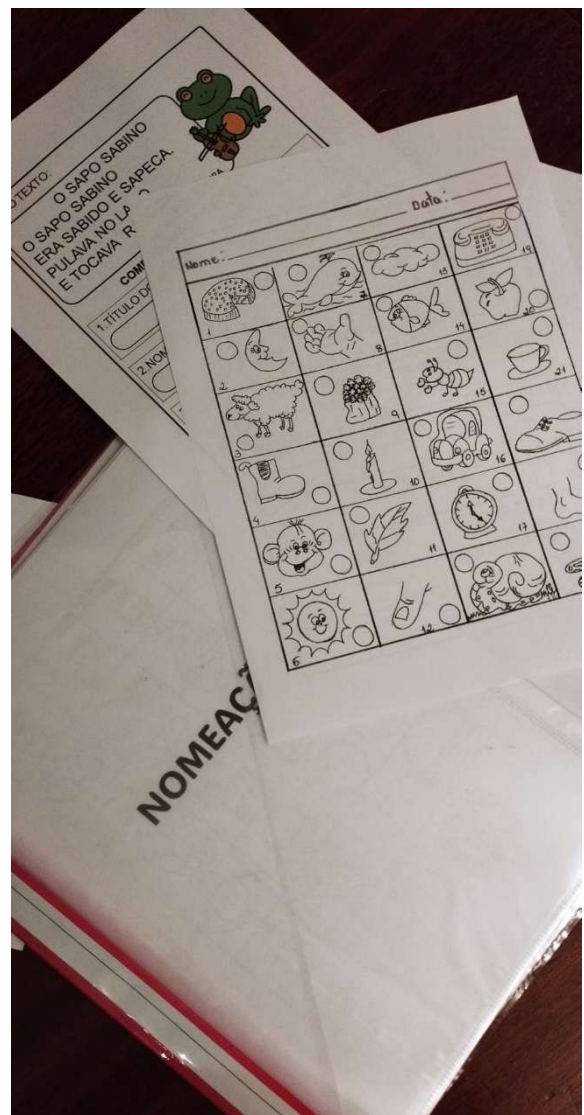
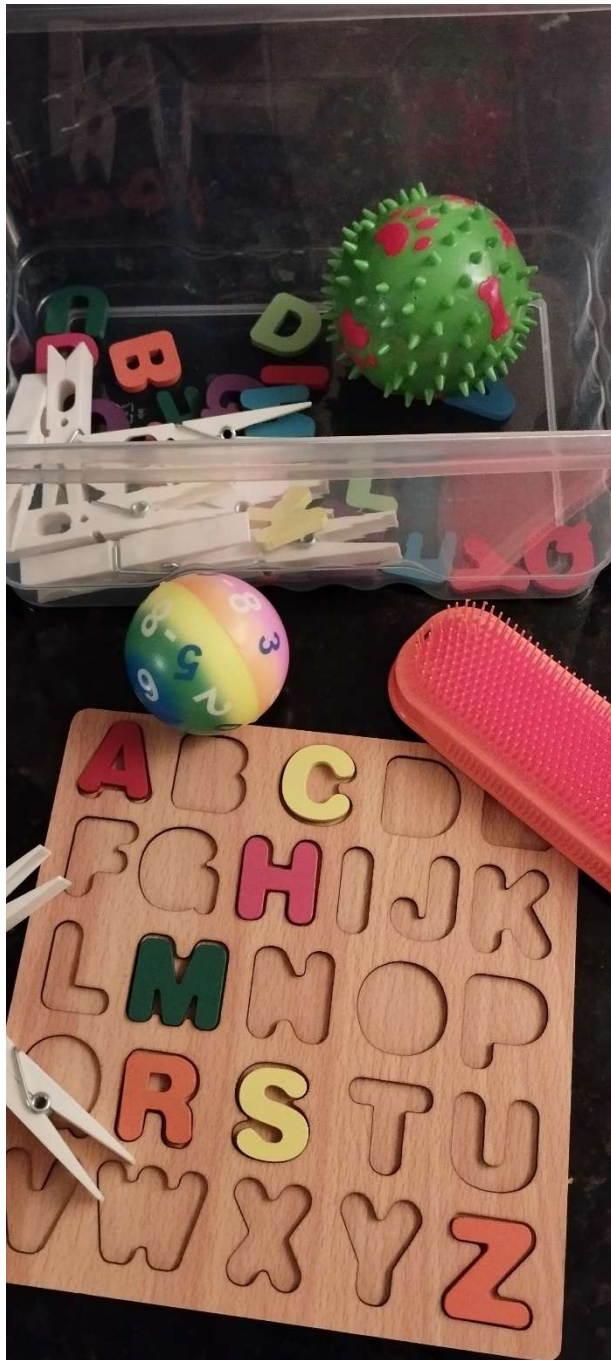
APÊNDICE V – Exercícios de Motricidade Fina



APÊNDICE VI – Sessões de Pressoterapia



APÊNDICE VII – Armário de Reabilitação



APÊNDICE VIII – Guia de Acompanhamento Telefônico pós-Alta

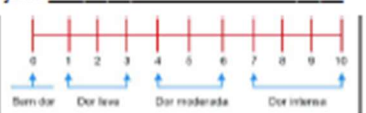
ULS [] (Enfermagem de Reabilitação)

GUIA DE ACOMPANHAMENTO TELEFÓNICO – PÓS ALTA

1. Identificação do Utente

Nome do Utente:	
N.º Processo Clínico:	Data de Alta: __/__/____
Data do Contacto Telefónico:	
Contacto realizado com: ☐ Utente ☐ Cuidador Grau de parentesco /outro (se cuidador):	
Unidade de Cuidados de Saúde Primários:	
Enfermeiro família:	Médico de Família:

2. Avaliação

	OBSERVAÇÕES	INTERVENÇÃO
Estado geral percebido (Como se sente hoje? Como se tem sentido desde o regresso a casa/ o último contacto)		
Dor (sente/tem sentido dor?)	Sim ☐ Localização: _____ Escala Numerica  Não ☐	
Tem cumprido os exercícios / orientações que recebeu?	Sim ☐ Quais: _____ Não ☐ Porquê: _____	
Alimentação/Hidratação (Como se tem alimentado/hidratado?)	Sozinho ☐ Com assistência de outra pessoa para certas atividades: cortar alimentos, passar manteiga, temperar, mas alimenta-se sozinho ☐ Precisa de ajuda de outra pessoa durante toda a atividade ☐	
Tem tido episódios de engasgamento durante a refeição?	Sim ☐ Quantas vezes por dia: _____ Espessante ☐ Consistência: _____ Não ☐	
Consegue levantar-se, passar da cama para a cadeira ou vice-versa sem ajuda?	Sim ☐ Não ☐ (Assinalar a etapa com ajuda) Levantar-se da cama ☐ Sentar-se ☐ Pôr-se de pé ☐ Andar sozinho ☐ Auxiliar de Marcha ☐ Qual: _____	
Higiene Pessoal (Cuida da sua higiene pessoal sozinho?)	Sim ☐ Não ☐ Porquê: _____	
Precisa de ajuda para alguma das atividades de higiene pessoal?	Lavar dentes ☐ Pentear ☐ Maquiar ☐ Fazer Barba ☐ Outra(s): _____	
Banho (Toma banho sozinho?)	Sim ☐ Não ☐ Porquê: _____	
Precisa de ajuda para realizar alguma etapa do banho?	Ajuste da temperatura da água ☐ Lavar-se ☐ Secar-se ☐ Passar sabão ☐ Lavar o cabelo ☐ Outra(s): _____	
Usa dispositivo auxiliar para banho?	Escova de cabo longo ☐ Cadeira ☐ ou Assento de Banho ☐ Barras de apoio ☐ Tapete anti-derrapante ☐	

ULS (Enfermagem de Reabilitação)

Consegue vestir-se e despir-se sozinho?	Sim ☐ Não ☐ Porquê: _____	
Precisa de ajuda para realizar alguma etapa do vestir/despir?	Parte superior ☐ Parte inferior ☐ Abotoar ☐ Prender o soutien ☐ usar o fecho ☐ atacadores ☐ Outra(s): _____	
Consegue controlar as fezes?	Sim ☐ Não ☐ Acidentes ocasionais: _____	
Consegue controlar a urina?	Sim ☐ Não ☐ Acidentes ocasionais: _____	
Consegue ir à sanita sozinho, levantar-se e sentar-se sem ajuda?	Sim ☐ Não ☐ Porquê: _____	
Transferências cama / cadeira (Consegue passar da cama para a cadeira sozinho? Precisa de ajuda de outra pessoa? Usa algum dispositivo?)	Sim ☐ Não ☐ Precisa de ajuda de outra pessoa ☐ Dispositivo auxiliar de transferência ☐ Qual? _____	
Subir/Descer escadas (Consegue subir ou descer escadas sozinho ou precisa de ajuda?)	Sim ☐ Não ☐ Precisa de ajuda de outra pessoa ☐	
Tem sentido cansaço durante as atividades diárias?	Sim ☐ Não ☐	
Tem recorrido às estratégias de Conservação de Energia? (se aplicável)	Sim ☐ Não ☐ Observações: _____	
Gestão terapêutica	Inaloterapia ☐ Oxigenoterapia ☐ outra: _____	
Que atividade instrumental consegue realizar?	Compras ☐ Arrumar a casa ☐ Uso do telefone ☐ Fazer as refeições ☐ Andar de transportes ☐ Tratar roupa ☐ Gerir a medicação hora/dose ☐ Finanças ☐	
Tem sentido cansaço em repouso? E quando realiza esforço?	Sim ☐ Não ☐ Repouso Ao esforço 	
Necessita de dispositivos auxiliares?	Sim ☐ Qual? _____ Não ☐	
Outras questões?		

3. Encaminhamento / Articulação com Outros Profissionais

Especialidade / Profissional	Motivo	Observações
Médico de família		
EEER comunidade		
Medicina Interna ULS SM		
Psicologia		
Serviço social		
Apoio comunitário		
Outros		

PRÓXIMO CONTATO: ____/____/____

ALTA/ CONTATO TERMINADO ☐

APÊNDICE IX – Plano semanal de exercícios respiratórios

Plano Semanal de Exercícios Respiratórios



Este plano demora entre 10 a 30 minutos a ser realizado

1. Respiração Diafragmática



Frequência: 1-2 vezes por dia (diariamente)

Instruções :

- Coloque a mão no abdômen.
- Inspirar pelo nariz → empurrar o abdômen contra a mão
- Expirar lentamente pela boca → contrair o abdômen
- Manter ritmo confortável
- 5 repetições



2. Respiração com Lábios Semicerrados

Quando fazer:

Sempre que sentir falta de ar, quando caminhar ou durante o esforço



Como fazer

Expirar ao esforço (quando sobe escadas, pega em pesos, ao levantar, ir ao WC) com os lábios em assobio

4. Higiene Brônquica (se tiver secreções)



Mantenha-se hidratado

Em posição sentada e confortável:

- Realize o exercício 1 + elevação dos braços como no exercício 3
- 2x Expiração Forçada - como se estivesse a embaciar um espelho
- 2 a 3 vezes ao dia



3. Exercícios Torácicos e Mobilidade Costal

Frequência: diária



Exercícios possíveis:

Abertura dos braços (com ou sem saco de arroz para peso)
Elevação dos braços segurando bastão (ou toalha ou cabo de vassoura)

Repetições: 5 repetições cada (1 a 2 vezes ao dia)



Os exercícios devem ser realizados conforme a sua tolerância ... pause sempre que necessário!

Elaborado por: Carla Ramalho

(Aluna 3º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior Saúde Atlântica)

Pequenos exercícios, grandes mudanças na sua respiração

APÊNDICE X – Artigo “*The Therapeutic Relationship en Rehabilitation Nursin: Promotion of Culturally Sensitive Environments in the Community Context*”

SHORT COMMUNICATION

The Therapeutic Relationship in Rehabilitation Nursing: Promotion of Culturally Sensitive Environments in the Community Context

La Relación Terapéutica en Enfermería de Rehabilitación: Promoción de Entornos Culturalmente Sensibles en el Contexto Comunitario

Tiago Branco^{1,2}  , Ana Sanches^{1,3}  , Carla Ramalho^{1,4}  , Filipe Silva^{1,5}  , Luís Sousa^{1,6,7}  , Nelson Guerra^{1,7}  , Sandy Severino^{1,8}  

¹Escola Superior de Saúde Atlântica, Universidade Atlântica, Departamento de Enfermagem. Barcarena, Portugal.

²Unidade Local de Saúde do Algarve. Faro, Portugal.

³Santa Casa Misericórdia de Alenquer, ERPI. Lisboa, Portugal.

⁴Instituto Português de Oncologia. Lisboa, Portugal.

⁵Unidade Local de Saúde Amadora Sintra. Lisboa, Portugal.

⁶Comprehensive Health Research Centre, Universidade de Évora. Évora, Portugal

⁷RISE - Health Research Network. Porto, Portugal

⁸Nursing Research Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR). Nursing School of Lisbon (ESEL). Lisbon, Portugal.

Cite as: Branco T, Sanches A, Ramalho C, Silva F, Sousa L, Guerra N, et al. The Therapeutic Relationship in Rehabilitation Nursing: Promotion of Culturally Sensitive Environments in the Community Context. Community and Interculturality in Dialogue. 2025; 5:157. <https://doi.org/10.56294/cid2025157>

Submitted: 08-06-2025

Revised: 25-08-2025

Accepted: 03-11-2025

Published: 04-11-2025

Editor: Márcio Flávio Moura De Araújo 

Corresponding author: Tiago Branco 

ABSTRACT

Introduction: growing globalization and increased immigration, evidenced by the significant growth of the immigrant population in Portugal, have directly impacted healthcare, requiring culturally sensitive practices.

Objective: to analyze the establishment of the therapeutic relationship between the person and the rehabilitation nurse in order to promote culturally diverse environments in a community context.

Method: a theoretical reflection was carried out based on a review of the relevant scientific literature. This theoretical reflection was grounded in an exploratory Boolean search (MeSH and free terms) in PubMed, Google Scholar and EBSCOHost-indexed databases (CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, LISTA, MedicLatina) between March and April 2025. 164 records were retrieved and, after screening, 6 conceptually grounded articles were included in the synthesis.

Results: rehabilitation Nursing in a community setting faces the challenge of promoting humanized and effective care, while respecting cultural diversity. Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Universality of Cultural Care provides the foundations for a person-centered and culturally congruent nursing practice, valuing the beliefs, values and practices of each individual. The therapeutic relationship emerges as the central axis of this care, favoring empowerment, adherence to treatment and the promotion of autonomy and functionality. Thus, the Rehabilitation Nurse must act as a facilitator of inclusive care, promoting culturally sensitive therapeutic environments, especially in multicultural community contexts.

Conclusions: this approach increases the effectiveness of care and strengthens the social integration of people undergoing rehabilitation, consolidating a practice that is ethical, transformative and centered on human dignity.

Keywords: Cultural Competency; Cultural Diversity; Patient-Centered Care; Professional-Patient Relations; Rehabilitation Nursing.

ANEXOS

ANEXO I – Certificados de Formação (Regime *e-Learning*)

ANGELS INITIATIVE



CERTIFICATE OF COMPLETION

THE ANGELS INITIATIVE CERTIFIES THAT

Carla Ramalho

NAME

15/05/2025

DATE

SUCCESSFULLY COMPLETED NEUROLOGICAL SCALES WITH A
DURATION OF 15 HOURS

JAN VAN DER MERWE
Co-Founder - The Angels
Initiative

THOMAS FISCHER
Co-Founder - The Angels
Initiative

WORKING TOGETHER

to save lives

Angels e-learning certificate_PDF_EN_231206_V02

Angels initiative is a non-promotional health care project of Boehringer Ingelheim International GmbH to support the ESQWSO in implementing their main goal, to improve stroke care around the world.



INICIATIVA ANGELS



CERTIFICADO DE CONCLUSÃO

A INICIATIVA ANGELS CERTIFICA QUE

Carla Ramalho

NOME

20/11/2025

DATA

COMPLETOU COM SUCESSO DYSPHAGIA COURSE COM A
DURAÇÃO DE 1,5 HORAS

JAN VAN DER MERWE
Co-Founder - The Angels
Initiative

**BELEN VELAZQUEZ
GARCIA**
Angels Initiative Project
Lead

A TRABALHAR EM CONJUNTO

para salvar vidas

Angels e-learning certificate_PDF_EN_231206_V02

A iniciativa Angels é um projeto não promocional da Boehringer Ingelheim International GmbH, da área de cuidados de saúde, para apoiar a ESO/WSO na implementação do seu objetivo principal, melhorar os cuidados de AVC em todo o mundo.





FUNDAÇÃO
PORTUGUESA
DO PULMÃO

CERTIFICADO

DE APROVEITAMENTO

CLV

A Fundação Portuguesa do Pulmão certifica que

Carla Ramalho

Concluiu com sucesso o seguinte curso, ministrado através da plataforma on-line de e-learning

Ventilação Mecânica Não Invasiva - 4 módulos - 3 horas

Lisboa, 19 de novembro de 2025

Data

Jose Alves

Presidente da Fundação Portuguesa do Pulmão



ANEXO II – Certificados de Participação em Eventos Científicos e Formativos



CERTIFICADO

Certifica-se que Carla Ramalho participou no Encontro de celebração do Dia Nacional do Enfermeiro, com o tema: **"Liderança Feminina em Enfermagem, uma utopia inalcançável?!"** que decorreu no dia 12 de maio de 2025, na Escola Superior de Saúde Atlântica.

Barcarena, 12 de maio de 2025

Prof. Dra. Sandy Severino
P¹a Comissão de Organização

Certificado

Certifica-se que **Carla Ramalho** participou no Webinar “**A investigação na formação dos enfermeiros: a experiência dos alumni da ESEL**”, que decorreu no dia 20 de novembro de 2025, das 14h30 às 16h00.

Lisboa, 26 de novembro de 2025



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

ENCONTROS DE INVESTIGAÇÃO

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM:

Que futuro? Que desafios?
Que oportunidades?

21 novembro 2025 | Anfiteatro | IPO Lisboa

CERTIFICADO

O Centro de Investigação do Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Francisco Gentil certifica que,

Carla Ramalho

participou nos **Encontros de Investigação sobre "Investigação em Enfermagem: Que futuro? Que desafios? Que oportunidades?"**, que se realizaram no anfiteatro do Instituto, no dia **21 de novembro de 2025**, com uma carga horária total de **4 horas**.

Lisboa, 21 de novembro de 2025

Pel' A Organização

Paula Breia
Diretora do Centro de Investigação
IPO Lisboa

Elsa Oliveira
Enfermeira Adjunta da Direção de Enfermagem
IPO Lisboa



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SUSANA NUNES PENTEADO PINHEIRO CARVALHO

membro nº **40088** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Desafios da Gestão em Enfermagem"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 27 de Janeiro de 2026**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 27 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

"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 Rego | Enfermeiro Gestor na ULS de São José, E.P.E.

22h45 | Discussão

23h00 | Encerramento

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



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SUSANA NUNES PENTEADO PINHEIRO CARVALHO

membro nº 40088 desta Ordem, participou no(a) **"WEBINAR - Ética e Deontologia na prática profissional dos Enfermeiros dos Açores"**, realizado no dia 16 de Janeiro de 2026, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Ponta Delgada, 16 de Janeiro de 2026

Presidente do Conselho Directivo Regional

Pedro Soares

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



Data e hora:	16 de janeiro de 2026, às 17h
Tema:	WEBINAR - Ética e Deontologia na prática profissional dos Enfermeiros dos Açores

Moderadora:

- Enf.ª Raquel Figueira

Abertura do webinar

- Enf. Pedro Soares

Apresentação dos palestrantes e enquadramento da temática

- Enf.ª Raquel Figueira

Intervenção da Enfermeira Ana Rita Cavaco

Intervenção do Dr.º Tiago Soares

Discussão e análise de questões

Encerramento do Webinar

- Enf.ª Raquel Figueira

Cuidamos **juntos.**





CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO

Certifica-se que o

Evento Técnico-científico
«Transformação de Cuidados à pessoa com Asma e DPOC:
o Impacto do Enfermeiro»

a realizar pela **ASTRAZENECA - Produtos Farmacêuticos**, está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de Qualificação Profissional, com a atribuição de **0,15** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

A presente acreditação é válida para o evento que se irá realizar no dia 11 de outubro de 2025.¹

Lisboa, 15 de setembro de 2025.

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

¹ Sem prejuízo do disposto no Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 10º.



CDP do Membro

Membro

CARLA SUSANA NUNES PENTEADO PINHEIRO CARVALHO

Actividade

Transformação de Cuidados à pessoa com Asma e DPOC: o Impacto do Enfermeiro

Data de Inicio

11/10/2025

Data de Fim

11/10/2025

CDP

0,15

Criado por

website

Criado em

18/11/2025

Alterado por

website

Alterado em

18/11/2025

Cancelar



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

CARLA SUSANA NUNES PENTEADO PINHEIRO CARVALHO

membro nº 40088 desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Telereabilitação"**, realizado no dia 27 de Novembro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 27 de Novembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Telereabilitação



27 de novembro
21h30



Programa das 21h30 às 23h30

MODERADOR:

SANDRA MARIA DA CRUZ PESTANA

PRELETORES:

ANA BEATRIZ BRANDÃO LOUREIRO

Programa de Telereabilitação na ULSGE

SÉRGIO FILIPE ALVES VAZ

Programa de Telereabilitação na ULSTMAD

NEUZA CRISTINA MOURA REIS

**Qual o papel/futuro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na
Telereabilitação**

Destinatários:

Enfermeiros e outros profissionais de saúde

Organizador:

Seção Regional do Norte
da Ordem dos Enfermeiros

Inscrições:

Balcão Único

