

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

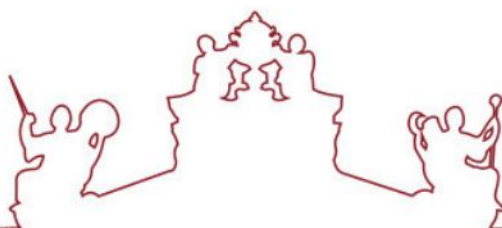
Promoção da Qualidade de Vida da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação

LUCY ANDRADE GOMES

Orientador(es) | Carlos Manuel Leitão Maia

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

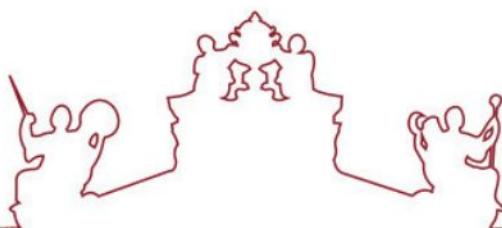
Promoção da Qualidade de Vida da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação

LUCY ANDRADE GOMES

Orientador(es) | Carlos Manuel Leitão Maia

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Carlos Manuel Leitão Maia (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias) (Orientador)
Maria José Bule (Universidade de Évora)
Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

Agradecimentos

Agradeço a todo o corpo docente do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que me transmitiu as bases fundamentais para a minha evolução ao longo deste percurso académico.

Às enfermeiras orientadoras de estágio, pela partilha de conhecimentos, disponibilidade e contributo essencial para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Maia, pela orientação, apoio e dedicação demonstrados durante todo este percurso.

Aos colegas, expresso a minha gratidão pelas aprendizagens, entreaduda e momentos partilhados ao longo desta caminhada.

À minha família, em particular à tia Lurdes, pelo apoio e incentivo constantes.

Aos meus pais e irmãos, deixo um agradecimento especial pelo apoio incondicional, compreensão e encorajamento nos períodos de ausência. Sem o vosso apoio, não teria reunido a força necessária para concluir esta etapa tão importante da minha vida.

Resumo

O presente relatório incide sobre o desenvolvimento das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Neste documento é descrita a experiência formativa desenvolvida no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, centrada na promoção da qualidade de vida da pessoa com acidente vascular cerebral. **Objetivos:** refletir sobre o desenvolvimento das competências adquiridas.

Resultados: A implementação do plano de intervenção no doente com AVC permitiu a otimização da função respiratória e motora, e prevenção de complicações associadas à imobilidade, contribuindo para a preparação para fases subsequentes da reabilitação.

Metodologia: Descrição reflexiva das atividades realizadas, sustentada por revisão da literatura e implementação de um plano de intervenção direcionado à pessoa com AVC.

Conclusão: a intervenção precoce do enfermeiro especialista contribui para a maximização da independência, prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida da pessoa com AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem de Reabilitação; enfermagem; Autocuidado; Funcionalidade.

Promotion the Quality of Life in People with Stroke: Interventions by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Abstract

This report focuses on the development of specific competencies for the Master's degree in Rehabilitation Nursing. This document describes the training experience developed within the scope of the Master's program in Rehabilitation Nursing, centered on promoting the quality of life of individuals with stroke. **Objectives:** reflection on the development of acquired competencies. **Results:** The improvement of the intervention plan for stroke patients led to the optimization of respiratory and motor function, and the prevention of complications associated with immobility, contributing to preparation for subsequent phases of rehabilitation. **Methodology:** Reflective description of the activities carried out, supported by a literature review and implementation of an intervention plan directed at individuals with stroke. **Conclusion:** early intervention by the specialist nurse contributes to maximizing independence, preventing complications, and improving the quality of life of individuals with stroke.

Keywords: Stroke; Rehabilitation Nursing; nursing; Self-care; Functionality.

Índice

INTRODUÇÃO.....	8
2.APRECIACÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	11
2.1 Estágio em contexto cardiorrespiratório	11
2.2. Estágio em contexto neurológico.....	13
2.3 Estágio em contexto orto-traumatológico.....	14
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
3.1 A pessoa com AVC.....	16
3.1.1 Consequências do AVC	17
3.1.2 Cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com AVC	19
3.3 Impacto do AVC na qualidade de vida do doente com AVC	25
4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	32
4.1 Introdução	32
4.2 Metodologia	35
4.3 Resultados	39
4.4 Discussão	41
4.5 Conclusão.....	43
Referências bibliográficas.....	44
5. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	46
5.1 – Objetivos.....	46
5.1.1 – Objetivo Geral.....	46
5.1.2- Objetivos específicos.....	46
5.2 Metodologia	47
5.2.1 População alvo e Amostra	47
5.2.2 Instrumentos de avaliação e de colheita de dados	47
5.2.3. Plano de intervenção	47
5.2.4 Considerações Éticas	50
5.3 Resultados.....	50

5.4 Discussão dos Resultados	51
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	54
7. CONCLUSÃO.....	57
8. BIBLIOGRAFIA	59
Anexos.....	65
Anexo 1 Escala de Glasgow	66
Anexo 2 Escala de Ashworth modificada.....	66
Anexo 3 Escala MRC- Classificação da força muscular	67
Anexo 4 Escala GUSS	68
Anexo 5 Formações em serviço.....	69
Anexo 6 Folheto/Poster	71
Anexo 7 Consentimento Informado.....	73

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DAC – Doença das Artérias Coronárias

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

GUSS – Gugging Swallowing Screen

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HSA – Hemorragia Subaracnóidea

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISO – International Organization for Standardization

MRC – Medical Research Council

MID – Membro Inferior Direito

MSD – Membro Superior Direito

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEEP – Positive End-Expiratory Pressure (Pressão Expiratória Final Positiva)

PM6M – Prova de Marcha de 6 Minutos

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem especialidade em Enfermagem de Reabilitação, lecionado na Universidade de Évora, através da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, em associação com as Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, do Instituto Politécnico de Portalegre, do Instituto Politécnico de Setúbal e do Instituto Politécnico de Castelo Branco, integrado na unidade curricular de estágio em enfermagem de reabilitação, foi solicitado o desenvolvimento de um relatório do estágio.

Este documento visa relatar as experiências e atividades realizadas durante o período de estágio, utilizando uma abordagem descritiva, reflexiva e analítica. Simultaneamente, procede à descrição da implementação e à análise reflexiva das conclusões do projeto intitulado: Promoção da Qualidade de Vida da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. O referido projeto foi orientado pela seguinte questão de investigação: Quais os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), nomeadamente ao nível da autonomia funcional e da capacidade de autocuidado, na pessoa com AVC?

Pretende-se, assim, evidenciar de que forma estas atividades contribuíram para o processo de aprendizagem e para o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, bem como para a consolidação das competências associadas ao grau de Mestre. Estas competências estão regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente no regulamento das competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019) (OE, 2019), no regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019) (OE, 2019), e no Decreto-Lei n.º 65/2018.

A elaboração do presente relatório tem como finalidade a obtenção do grau académico de mestre em enfermagem de reabilitação, mediante a sua apresentação e defesa pública.

O interesse pela temática emergiu da experiência desenvolvida em contexto profissional, numa enfermaria de internamento de medicina, onde o AVC se assume como uma das patologias mais prevalentes. O impacto desta condição na vida das pessoas e das suas famílias é significativo, atendendo às limitações que impõe e às profundas exigências de readaptação ao nível individual, familiar e social.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem competência central no processo de recuperação após o AVC, pois possui competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar, para além de cuidados gerais, intervenções especializadas no âmbito da sua área de atuação (Regulamento n.º 392/2019, p. 4744). Neste contexto, intervém junto de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, promovendo a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, com vista à sua reintegração e ao exercício pleno da cidadania, procurando simultaneamente maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das suas capacidades (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566).

Os objetivos de aprendizagem definidos para o estágio foram cuidadosamente estabelecidos, tendo em consideração as particularidades dos contextos de estágio e a importância de consolidar competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação (EEER). Deste modo, e em consonância com o plano de estudos do estágio final, foram traçados os seguintes objetivos: refletir criticamente sobre o desenvolvimento das competências adquiridas no âmbito do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Tendo em consideração o objetivo delineado, o presente relatório encontra-se estruturado em oito capítulos. Inicia-se com a *Introdução*, onde se procede à contextualização do ensino clínico, à apresentação da temática e à explicitação dos objetivos que orientaram o estágio e o projeto desenvolvido.

Segue-se a *apreciação dos Contextos do estágio*, na qual é realizada uma análise crítica dos contextos de estágio, evidenciando as suas especificidades e o contributo dos mesmos para o desenvolvimento de competências profissionais.

No capítulo do *Enquadramento Teórico*, são abordados os principais referenciais que fundamentam o trabalho, designadamente a pessoa com AVC, as suas consequências, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC, a definição e conceptualização da qualidade de vida, o impacto do AVC nesta dimensão, bem como a relevância dos modelos teóricos em Enfermagem de Reabilitação, com particular enfoque no Modelo Teórico de Dorothea Orem.

Posteriormente, apresenta-se a *Revisão Sistemática da Literatura*, onde são identificados, analisados e definidos os conceitos centrais à problemática em estudo, de acordo com a metodologia adotada. Seguidamente, é descrita a *Estratégia de Intervenção Profissional*, contemplando a definição do objetivo geral e dos objetivos específicos, a metodologia (tipo de estudo, população-alvo e amostra, instrumentos de avaliação e de colheita de dados, procedimento de recolha de dados), o plano de intervenção, as considerações éticas, bem como a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

O sexto capítulo corresponde à *análise reflexiva das competências* desenvolvidas ao longo do percurso formativo, incidindo particularmente sobre as competências adquiridas no âmbito do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Por fim, o relatório encerra com a *conclusão*, onde é apresentada uma reflexão final e uma análise global do percurso realizado, seguindo-se a *bibliografia*, que sustenta cientificamente o trabalho desenvolvido

Este trabalho está estruturado em consideração pelas recomendações de referência bibliográfica da American Psychological Association 7ª edição [APA].

2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A prática clínica tem como objetivo o desenvolvimento e a consolidação de conhecimentos e competências no âmbito da Enfermagem de Reabilitação (ER), bem como das competências inerentes ao grau de Mestre. Abrange, por isso, os principais processos de intervenção da ER, promovendo a articulação entre a componente teórica e a prática profissional, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo.

No decurso do plano curricular do mestrado, foram realizados três períodos de estágio. O primeiro teve a duração de nove semanas, decorrendo entre 21 de abril a 20 de junho de 2025, e teve lugar no serviço de reeducação funcional respiratória, sob a orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Este estágio teve como principal objetivo o desenvolvimento e o aprofundamento de conhecimentos e competências específicas no âmbito da enfermagem de reabilitação. Apesar de, na sua conclusão, ter sido elaborado e avaliado um relatório, a sua menção neste documento revela-se pertinente, uma vez que constituiu uma etapa fundamental para a aquisição de competências essenciais à prática de enfermagem de reabilitação.

O segundo momento de estágio, correspondente ao estágio final, decorreu ao longo de 17 semanas, tendo sido distribuído por dois contextos distintos, de modo a enriquecer e diversificar a experiência formativa e a consolidação de competências especializadas. O da neurologia decorreu entre seis de outubro e doze de dezembro de 2025 (252h), na unidade de neurocrítico, numa unidade hospitalar em Lisboa sob orientação de uma enfermeira especialista na área. O terceiro da ortopedia decorreu entre os dias quinze dezembro a 27 de janeiro de 2026 (126h), no serviço de ortopedia, com supervisão de uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

2.1 Estágio em contexto cardiorrespiratório

O estágio foi realizado numa Unidade Local de Saúde em Lisboa que disponibiliza um serviço especializado de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), integrado no Serviço de Pneumologia

Este serviço está dividido entre a Consulta de Fibrose Quística – Adultos e o Hospital de Dia de Fibrose Quística, sendo reconhecido como Centro de Referência para Fibrose Quística em Adultos. Certificado pela norma ISO 9000 com a classificação de “Bom” em 2022 e acreditado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), presta assistência a

utentes com patologias respiratórias como fibrose quística, discinesia ciliar primária e bronquiectasias não associadas à fibrose quística. Atualmente, acompanha 75 doentes com fibrose quística e 7 com discinesia ciliar primária, provenientes do Serviço de Pediatria (em fase de transição), do Serviço de Pneumologia ou de outras consultas externas. O serviço presta ainda cuidados especializados a utentes internados em diversas unidades da ULS, mediante pedidos internos ou através de referênciação por outros prestadores de cuidados de saúde.

Têm uma política rigorosa de segregação de doentes, visando reduzir o risco de infeções cruzadas, o serviço conta com uma equipa multidisciplinar composta por médicos pneumologistas, três enfermeiras de reabilitação, uma enfermeira de cuidados gerais, auxiliares de saúde, psicóloga, nutricionista e secretária.

O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 16h00. Para além da reabilitação presencial, recorre à telereabilitação para monitorização de doentes crónicos com exacerbações pulmonares, bem como de doentes em fase pré e pós-transplante. Cada utente realiza entre duas a três sessões semanais de telereabilitação, através da plataforma Linde, com programas individualizados de RFR e treino físico, com duração entre 50 minutos a uma hora, permitindo um acompanhamento contínuo e eficaz, sobretudo para utentes que residem a longas distâncias do hospital.

O principal objetivo do serviço é melhorar a capacidade funcional, reduzir a sintomatologia respiratória e promover a qualidade de vida dos utentes, através de programas personalizados que integram reeducação respiratória, treino físico supervisionado e ações educativas. Todos os utentes são avaliados inicialmente com o Questionário da Qualidade de Vida (CFQ-R), a Escala de Ansiedade e Depressão (HADS), o Questionário da Dispneia (mMRC) e a Prova de Marcha de 6 Minutos (PM6M).

Apesar da qualidade do serviço, existem aspetos que exigem reflexão crítica. A infraestrutura atual não está adaptada a doentes colonizados com *Pseudomonas aeruginosa*, devido à presença de superfícies em madeira, que dificultam a higienização rigorosa. A localização no piso 9, embora com acesso por elevador, obriga os utentes com patologias respiratórias a percorrerem longas distâncias dentro do hospital, o que constitui uma limitação adicional. Acresce ainda a inexistência de uma ligação direta ao metro no recinto hospitalar, dificultando o acesso.

2.2. Estágio em contexto neurológico

O estágio foi realizado numa unidade que integra uma equipa multidisciplinar constituída por quatro enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, dos quais apenas dois prestam cuidados de reabilitação de forma efetiva, uma vez que os restantes desempenham maioritariamente outras funções assistenciais. Fazem ainda parte da equipa trinta e nove enfermeiros de cuidados gerais, médicos, nutricionista e fisioterapeuta, verificando-se uma boa relação interpessoal e profissional entre todos os elementos, o que favorece a comunicação, a articulação interdisciplinar e a continuidade dos cuidados.

A unidade tem capacidade para dez camas, destinadas ao internamento de doentes com patologia neurológica em estado crítico, nomeadamente acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, hemorragia subaracnoídea (HSA), síndrome de Guillain-Barré e outras situações neurológicas agudas que requerem vigilância intensiva.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação exercem funções exclusivamente no turno da manhã, incluindo fins de semana e feriados, assegurando a avaliação funcional precoce, a prevenção de complicações associadas à imobilidade, a promoção da mobilidade e da autonomia e o treino de capacidades funcionais, de acordo com o estado clínico dos doentes.

Relativamente aos aspetos estruturais, importa referir que a unidade se encontra fisicamente distante de alguns serviços de apoio ao diagnóstico, nomeadamente da tomografia axial computadorizada (TAC), sendo necessário recorrer a dois elevadores para a deslocação dos doentes. Por outro lado, o serviço não dispõe de equipamentos próprios de elevação mecânica (grua de transferência) para a mobilização de doentes recorrendo frequentemente à requisição destes dispositivos a outros serviços, contudo, nem sempre é possível garantir a disponibilidade imediata deste material, o que dificulta a realização do levante.

O método de trabalho assenta na avaliação individualizada das necessidades de cada doente, com planeamento e implementação de intervenções de reabilitação adequadas à fase aguda da doença, em articulação com a equipa médica, contribuindo para a melhoria do prognóstico funcional e para a preparação da transição de cuidados.

Nesta unidade, os EEER dispõem de recursos materiais que apoiam a intervenção, nomeadamente equipamento de vibração, electroestimuladores, elásticos e bastões, utilizados na estimulação muscular, na facilitação do movimento e na promoção da funcionalidade da pessoa em situação crítica.

2.3 Estágio em contexto orto-traumatológico

Este estágio decorreu no serviço de Ortopedia numa unidade hospitalar em Lisboa. A equipa é constituída por cinco enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, assegurando a prestação de cuidados todos os dias da semana, enfermeiros de cuidados gerais, médicos, assistentes operacionais, assistente social e fisioterapeutas. Nos dias úteis, os EEER realizam exclusivamente o turno da tarde, enquanto os fisioterapeutas exercem funções no período da manhã. Aos fins-de-semana e feriados, os EEER realizam o turno da manhã.

O serviço dispõe de 43 leitos de internamento e serve uma população maioritariamente idosa, que apresenta patologias ortopédicas diversas, nomeadamente fraturas, processos degenerativos e situações que implicam períodos de imobilidade e limitação funcional, frequentemente associadas a intervenções cirúrgicas como a prótese total do joelho, a prótese total da anca e o encavilhamento.

As características da população, associadas frequentemente as múltiplas comorbilidades condicionam a capacidade funcional dos utentes, tornando-os, de um modo geral, menos autónomos, o que implica a necessidade de sessões de treino mais ajustadas às suas limitações (Menoita, 2012).

A intervenção dos EEER incide na promoção da mobilidade, na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade, na recuperação da função motora, função respiratória, treino de marcha, capacitação da pessoa para a realização das atividades de vida diária, visando a recuperação funcional e a maximização da autonomia.

Os EEER dispõem de diversos recursos materiais que apoiam a prestação de cuidados, nomeadamente almofadas, andarilhos, canadianas axilares e de antebraço, encontram-se igualmente disponíveis ajudas técnicas, como cadeiras sanitárias, alteadores de sanita e pinças para o alcance de objetos. São ainda utilizados equipamentos específicos, tais como aparelhos de mobilização passiva contínua (artromotor) para os

membros inferiores, bem como material de reeducação funcional, incluindo bastões, elásticos, pesos e bola suíça.

Neste serviço, foi possível prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com disfunções ortopédicas e ortotraumatológicas, acompanhando-as desde o período pré-operatório até ao pós-operatório, com especial enfoque na capacitação da pessoa para uma alta segura e eficaz. Para além disso, existiu igualmente a oportunidade de intervir noutras áreas, nomeadamente na reeducação funcional respiratória e na avaliação da função da deglutição, o que proporcionou uma experiência clínica diversificada e enriquecedora.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 A pessoa com AVC

As doenças cerebrovasculares, designadamente o acidente vascular cerebral (AVC), constituem em Portugal uma das principais causas de mortalidade e morbilidade. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), constantes do relatório publicado em 2024 e referente ao ano de 2022, o AVC surge como a patologia responsável pelo maior número de óbitos no país. Verifica-se, ainda, um aumento da taxa de mortalidade por AVC quando comparada com o ano de 2021 (INE, 2024).

Para além da sua expressiva relevância ao nível da mortalidade, o AVC apresenta igualmente uma elevada incidência em termos de morbilidade, assumindo um impacto significativo na funcionalidade das pessoas, na qualidade de vida e no contexto social e familiar, o que o torna um importante problema de saúde pública (Matos & Simões, 2020).

O AVC destaca-se como uma das principais causas de incapacidade permanente em Portugal. Estima-se que, a cada hora, três portugueses sofram um AVC, dos quais um não sobrevive, e que cerca de metade dos sobreviventes fique com sequelas incapacitantes (Fonseca, L.2021).

O AVC, também conhecido como Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou popularmente como “derrame”, é uma alteração neurológica causada por uma falha no sistema vascular, resultando em comprometimento do fluxo sanguíneo em determinadas regiões encefálicas (Cortes et al., 2023).

O AVC pode ser causado por um coágulo ou pela rotura de um vaso sanguíneo, sendo estes fenómenos responsáveis pela determinação do tipo de AVC. De acordo com a AmericanStrokeAssociation (2020), AVC é classificado do seguinte modo:

- AVC isquémico, quando a circulação sanguínea é interrompida numa determinada zona cerebral, secundária à oclusão do vaso sanguíneo por um trombo/embolia. Caso o fluxo sanguíneo a nível cerebral se restabeleça por um curto período de tempo e a sintomatologia deixe de existir considera-se um Acidente Isquémico Transitório (AIT).
- AVC hemorrágico, quando existe a rotura de um vaso sanguíneo, levando à formação de hematoma no parênquima cerebral. Caso o hematoma se apresente

no espaço subaracnoideu considera-se uma hemorragia subaracnoídea, pela sua localização.

A predisposição a essa patologia está associada a fatores de risco, que podem ser classificados como não modificáveis, incluindo género, idade, raça e história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC), e modificáveis, como dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial sistémica (HAS), obesidade e estresse (Neves et al., 2021).

3.1.1 Consequências do AVC

A maior parte dos sobreviventes do AVC permanecem com alguma sequela, seja ela de ordem física, comunicacional, funcionais, sensitivas, mentais ou emocionais. Para minimizar esses danos decorrentes do AVE é necessário que essa população tenha acesso aos serviços de reabilitação (Schmidt et al., 2019).

Ribeiro (2023), ao citar Flannery e Belucza (2010), refere que, entre os diversos tipos de sequelas decorrentes do AVC, as alterações motoras são as mais frequentemente identificadas, salientando que o compromisso das vias motoras pode interferir no início do movimento, na força e na sua integração, assim como no tónus muscular e na atividade reflexa.

As manifestações clínicas do AVC podem envolver diferentes campos, variando em função da localização da lesão e da sua extensão, podendo incluir alterações motoras, perceto-sensoriais, cognitivas e emocionais, da linguagem, bem como disfunções intestinais e vesicais. Estas alterações podem apresentar carácter transitório ou permanente, com graus diversos de gravidade, repercutindo-se inevitavelmente na qualidade de vida. Em determinadas situações, podem ainda constituir obstáculos relevantes nos contextos pessoais, familiar, social e profissional (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2016).

As limitações decorrentes do AVC podem levar a diversas consequências, não apenas pela redução da mobilidade, mas também pelo consequente agravamento do estado de dependência e pelos riscos associados a essas alterações (Horta et al., 2020).

Na mesma linha de pensamento Arienti et al., (2019) refere que após o AVC, o comprometimento da mobilidade é um evento comum, caracterizado por alterações na força, tónus muscular, no controlo postural e na sensibilidade. Normalmente, afeta o

movimento da face, perna e braço contralaterais à lesão, sendo que dois terços dos sobreviventes apresentam limitações na mobilidade e, após seis meses, mais de 30% ainda não consegue realizar a marcha de forma independente

A hemiparesia contralateral ao AVC é a principal limitação motora resultante do evento, comprometendo a funcionalidade do membro inferior, a iniciação e o controle dos movimentos, bem como o equilíbrio. Essas alterações levam a dificuldades na marcha, frequentemente caracterizada por assimetrias (Maje et al., 2023).

Entre as alterações decorrentes do AVC, a apraxia corresponde a um distúrbio da execução de movimentos previamente aprendidos, cuja origem não se relaciona com défices musculares, dificuldades de compreensão, falta de atenção ou alterações sensoriais (West, Bowen, Hesketh & Vail, 2009). Esta condição encontra-se mais frequentemente associada a lesões do hemisfério esquerdo, com uma prevalência entre 28% e 57%, podendo, contudo, manifestar-se também em casos de envolvimento do hemisfério direito, com valores que variam entre 0% e 34%. A gravidade da apraxia reflete-se no desempenho funcional, verificando-se geralmente uma evolução favorável com a intervenção de reabilitação precoce; ainda assim, cerca de 20% dos doentes mantêm dificuldades persistentes (Teasell et al., 2019). Estes fatores contribuem para que a apraxia esteja intimamente relacionada com a redução da autonomia na realização das atividades de vida diária (Winstein et al., 2016).

Para além das alterações previamente descritas, podem ainda surgir modificações do tônus muscular, apresentando-se de forma variável entre indivíduos, podendo evoluir para um quadro de espasticidade. Esta caracteriza-se por um aumento do tônus associado a uma intensificação dos reflexos profundos, resultante da hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento (Menoita, 2012). A sua instalação tende a iniciar-se nos segmentos distais, progredindo posteriormente para os proximais, condicionando alterações posturais que dependem da intensidade do quadro espástico.

Estas modificações repercutem-se em diferentes domínios, comprometendo a capacidade de realizar as atividades essenciais da vida diária, pois a presença de défices que comprometem os níveis de autonomia e independência implica, frequentemente, um maior envolvimento da família e de pessoas significativas no processo de cuidados. Tal situação pode conduzir a modificações nas dinâmicas familiares, nas rotinas diárias e nos momentos de lazer, bem como a perturbações do sono, aumento do cansaço e do stress,

além de repercussões de ordem financeira, social e emocional, tornando necessária uma reorganização a nível pessoal e, em alguns casos, profissional (Silva & Boery, 2017).

Neste sentido, torna-se fundamental reconhecer que uma parte significativa dos sobreviventes de AVC apresenta limitações ao nível da mobilidade, manifestadas em diferentes graus de incapacidade e/ou morbilidade. Estas alterações tendem a condicionar o desempenho das atividades de vida diária (AVD), repercutindo-se de forma relevante na funcionalidade e autonomia da pessoa.

3.1.2 Cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com AVC

A pessoa, após um AVC, confronta-se subitamente com uma incapacidade para realizar os seus autocuidados. O enfermeiro assume um papel fundamental no acompanhamento da pessoa após o AVC, na fase aguda, o principal foco é a deteção precoce de complicações, sendo as intervenções centradas na realização de avaliações neurológicas e na monitorização hemodinâmica (Urden et al., 2008).

A reabilitação dos sobreviventes de AVC enfrenta múltiplos desafios, que não se circunscrevem apenas às dimensões física e funcional, mas abrangem igualmente os domínios cognitivo, da coordenação motora, da força muscular, da marcha e do equilíbrio (Ribeiro, 2023). Sendo assim o EEER deve delinear um plano de reabilitação individualizado, ajustado às necessidades específicas da pessoa. Este plano deverá integrar intervenções articuladas com a equipa de enfermagem de cuidados gerais, com o objetivo de promover a saúde e prevenir possíveis complicações.

A reabilitação funcional é um dos pilares fundamentais no tratamento imediato pós-AVC, englobando a prevenção de complicações motoras por meio de posicionamentos e mobilizações dos segmentos articulares em padrões antiespásticos, além da reeducação funcional motora e da estimulação sensorial e cognitiva (Santos et al., 2020)

Antes de se iniciar qualquer intervenção terapêutica, é fundamental uma avaliação realizada pelo EEER, permitindo identificar os fatores que limitam os autocuidados e elaborar um programa terapêutico adequado para atingir os objetivos com sucesso (Santos et al., 2020).

Tendo em conta a especificidade do AVC, o EEER realiza uma avaliação neurológica minuciosa, que inclui a análise do estado de consciência, da linguagem, da disfagia, da força muscular e da sensibilidade.

A abordagem inicial à pessoa com AVC deve iniciar-se por uma avaliação neurológica rigorosa, considerada essencial na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Menoita, 2012). A neuroavaliação engloba:

- Avaliação do estado de consciência. Para esse efeito, utiliza-se a Escala de Coma de Glasgow, instrumento que permite determinar o nível de alerta da pessoa. A vigilância deste parâmetro é fundamental, uma vez que alterações do estado de consciência podem manifestar-se precocemente, antecedendo outras alterações neurológicas.
- Avaliação da motricidade: força muscular, sendo a escala Medical Research Council a mais utilizada
- O tónus muscular através da escala de Ashworth
- Avaliação da sensibilidade, através da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa.

O EEER deve assegurar, de forma contínua, o correto posicionamento da pessoa ao longo das 24 horas, constituindo esta uma base essencial da intervenção em contexto de AVC (Menoita, 2012).

O posicionamento em padrão antiespástico deve ser mantido durante o maior período de tempo possível, sobretudo nos momentos de repouso no leito. No posicionamento antiespástico devem ser respeitados princípios fundamentais, nomeadamente:

- Promoção do conforto da pessoa;
- Manutenção do alinhamento corporal adequado;
- Distribuição equilibrada e uniforme do peso pelas diferentes superfícies corporais;
- Facilitação de padrões posturais que contrariem a espasticidade.

A avaliação da espasticidade implica a realização de palpação muscular, com o objetivo de analisar a consistência, o relevo, a facilidade de deformação e a resistência à mobilização passiva. Através da palpação é possível avaliar a consistência, que se

encontra aumentada na presença de espasticidade, a extensibilidade, correspondente ao grau de alongamento, e a passividade do músculo, entendida como o grau de resistência ao alongamento. Importa referir que a mobilização passiva não permite avaliar o tónus de um músculo isoladamente, mas sim de um grupo muscular, uma vez que implica o afastamento dos pontos de inserção muscular (Menoita et al., 2012).

A mobilização antiespástica da pessoa com AVC assenta na realização de exercícios isotónicos, executados de forma lenta e a ritmo constante, uma vez que a espasticidade está relacionada com o grau de excitabilidade do fuso muscular. Os exercícios isotónicos implicam trabalho muscular dinâmico, envolvendo contrações concêntricas e excêntricas. As contrações concêntricas correspondem ao encurtamento das fibras musculares, com aproximação das inserções do músculo, enquanto as contrações excêntricas se caracterizam pelo alongamento das fibras musculares e pelo afastamento das suas inserções (Menoita, et al. 2012).

Após uma avaliação criteriosa da pessoa, o EEER deve delinear um plano de reabilitação individualizado. Neste plano, deve considerar que, em consequência da lesão cerebral, a pessoa pode desenvolver negligência do lado afetado. Para minimizar esta condição, é fundamental promover uma estimulação sensorial intensiva, que deverá ser assegurada por todos os que interagem diariamente com a pessoa (Stevenson, 2010).

De modo a potenciar esses estímulos, o enfermeiro deve abordar a pessoa preferencialmente pelo lado afetado, bem como organizar o ambiente envolvente como a mesa-de-cabeceira, a cómoda e a cadeira posicionando-o nesse mesmo lado, favorecendo assim a sua integração no esquema corporal e no espaço (Menoita, et al., 2012).

Para promover o fortalecimento muscular, o EEER deve implementar mobilizações de forma progressiva, iniciando-se pelas passivas, evoluindo para ativas assistidas, posteriormente ativas e, por fim, ativas resistidas. Evidencia-se que as mobilizações ativas apresentam maior eficácia na promoção da recuperação funcional (Stevenson, 2010).

As mobilizações músculo-articulares contribuem para a manutenção da amplitude de movimento, para a prevenção da dor no ombro do lado afetado, bem como para evitar o desuso e o desenvolvimento de padrões motores anormais (Oliveira & Mejia, 2012).

Importa salientar que a realização de movimentos rápidos pode desencadear hipertonía espástica, deste modo, todas as articulações devem ser mobilizadas através de movimentos lentos e progressivos, assegurando sempre o posicionamento antiespástico e enfatizando o movimento que contraria o padrão instalado (Menoita, 2012).

Um programa de mobilizações tem como principais objetivos preservar a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude de movimento e sustentar a flexibilidade. Visa igualmente prevenir aderências e contraturas, promover a circulação de retorno e preservar a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa, contribuindo, deste modo, para a manutenção da sua autoestima e bem-estar global. (Menoita, 2012).

De acordo com Menoita (2012), os rolamentos no leito devem constituir dos primeiros exercícios a serem realizados em pessoas com AVC, uma vez que correspondem também aos movimentos que o indivíduo inicia espontaneamente para se virar na cama. A sua execução estimula a ativação voluntária da musculatura do tronco, favorece a sensibilidade postural, contribui para a reeducação dos reflexos posturais e do esquema corporal e promove uma maior autonomia no leito. Devem ser realizados tanto para o lado afetado como para o lado não afetado.

A atividade terapêutica da ponte, assume um papel fundamental na preparação da pessoa para a transição da posição de sentada para a posição ortostática. Este exercício facilita a elevação da bacia, promove a ativação da musculatura do tronco do lado afetado e estimula a sensibilidade postural, podendo ainda ser utilizado para a colocação da arrastadeira (Menoita 2012).

Os exercícios de treino de equilíbrio têm como objetivos a reeducação dos mecanismos reflexo-posturais, a inibição da espasticidade, a estimulação da sensibilidade postural e a promoção da ativação voluntária da musculatura do tronco do lado afetado. Para além disso, constituem uma etapa fundamental na preparação para a marcha (Menoita, 2012).

O levante deve ser integrado no programa de reabilitação, associado à avaliação e ao treino do equilíbrio, tanto na posição de sentado como em ortostatismo.

O levante da pessoa com AVC deve ser realizado respeitando os princípios da abordagem terapêutica, ou seja, privilegiando o lado afetado, excetuando-se as situações de negligência unilateral. Após o levante, e durante o período em que a pessoa permanece sentada na cama com as mãos apoiadas lateralmente e os pés bem assentes no chão procede-se à avaliação do equilíbrio estático na posição de sentado. Para a avaliação e treino do equilíbrio dinâmico sentado, os EEER induzem ligeiros desequilíbrios no tronco, estimulando a pessoa a reagir, compensar o movimento e recuperar o alinhamento postural (Menoita, 2012).

A transferência da cama para a cadeira ou cadeirão pode ser realizada com ajuda total, parcial ou de forma independente, dependendo da extensão da lesão e do estado clínico da pessoa (Menoita, 2012). Numa fase inicial, esta transferência poderá assumir um carácter passivo-ativo, com apoio direto EEER. Contudo, à medida que evolui o treino e a reeducação do equilíbrio corporal, o nível de ajuda deve ser progressivamente reduzido, com o objetivo de promover a autonomia e a independência funcional da pessoa.

Após o levante para o cadeirão, o treino de marcha pode ser iniciado assim que a pessoa apresente estabilidade clínica e funcional, nomeadamente capacidade para manter o equilíbrio nas posições de sentado e ortostática, bem como consciência corporal adequada (Hoeman et al., 2011).

A marcha constitui uma meta funcional central na reabilitação da pessoa com AVC, sendo que o seu treino tem como principais objetivos a reaprendizagem do padrão automático de marcha perdido e a promoção da independência ao nível da locomoção (Menoita, 2012).

Segundo Menoita (2012) e a Direção Geral da Saúde (2010), o treino de marcha deve ser iniciado com períodos curtos e frequentes. Numa fase inicial, deve ser assistido pelos EEER que prestam apoio lateral no lado afetado, garantindo segurança, facilitando o alinhamento postural e promovendo a correta execução do padrão de marcha.

3.2 Qualidade de vida – definição e conceitos

Etimologicamente, a palavra “qualidade” remete para a excelência de valores humanos, como a felicidade, o sucesso, a riqueza, a saúde e a satisfação, enquanto a expressão “de vida” se refere aos aspetos essenciais da existência humana. Em conjunto, estas palavras formam o conceito de qualidade de vida, que pode ser entendido como uma meta comum a alcançar, garantindo uma vida plena e com igualdade de oportunidades para todos os cidadãos (Martins, 2006).

O conceito de qualidade é, atualmente, um termo com amplas referências nas mais diversas áreas da sociedade e constitui uma ambição proclamada por múltiplos setores. Segundo a OMS, a qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que está inserido, tendo em consideração as suas metas, as suas expectativas, os seus padrões e as suas preocupações.

A preocupação com o conceito de qualidade de vida insere-se num movimento, no âmbito das ciências humanas e biológicas, que procura valorizar parâmetros mais abrangentes do que o controlo de sintomas, a redução da mortalidade ou o aumento da esperança média de vida. A qualidade de vida é também definida como a avaliação subjetiva que a pessoa faz relativamente ao grau em que as suas necessidades se encontram satisfeitas nos vários domínios da sua vida (Martins, 2006).

Assim, a qualidade assume significados distintos, uma vez que depende dos indivíduos e das situações, variando de acordo com os contextos e com as pessoas. A qualidade é flexível, cuja interpretação é variável, sendo que cada indivíduo possui a sua própria definição do que é qualidade. No entanto, é universalmente reconhecida como algo que afeta positivamente a vida de cada um de nós (Queiroz 2010).

Segundo Queiroz (2010), a qualidade de vida deve ser compreendida de forma multidimensional. De facto, de acordo com o autor, uma pessoa terá uma boa qualidade de vida se possuir condições adequadas para realizar as atividades físicas necessárias ao bom funcionamento da vida diária, se as suas funções vitais estiverem preservadas, se for capaz de manter um estado psicológico e emocional equilibrado para enfrentar as situações da vida e, por fim, se conseguir desenvolver de forma satisfatória a sua vida e suas relações sociais.

A relação entre saúde e qualidade de vida, para além de depender da cultura e da sociedade, está também associada às ações individuais e aos programas públicos orientados para a melhoria das condições de vida da população. O estado de saúde constitui um indicador das possibilidades de ação do indivíduo no seio do seu grupo, apresentando-se como um facilitador da perceção de bem-estar, seja este positivo ou negativo. A saúde, é influenciada pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de saúde em que o indivíduo está inserido (Almeida, 2012).

Neste sentido, torna-se imprescindível adequar os cuidados prestados, de forma a promover ganhos em saúde visíveis.

3.3 Impacto do AVC na qualidade de vida do doente com AVC

As pessoas com AVC apresentam, com frequência, alterações nas suas capacidades funcionais e no desempenho das atividades de vida diária (AVD), o que compromete a sua independência e pode conduzir à necessidade permanente de cuidadores, ou mesmo à institucionalização (American Heart Association/American Stroke Association, 2016; Menoita, 2012).

Os estudos de Conceição et al., (2021) referem que os impactos do AVC na qualidade de Vida são significativos, afetando principalmente os aspetos físicos e emocionais. Esses aspetos foram identificados como os mais comprometidos, sendo responsáveis pelas complicações mais expressivas na qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com AVC.

Um episódio de AVC provoca diversas alterações na satisfação AVD, comprometendo a independência do indivíduo e tornando-o dependente de cuidados de terceiros, uma vez que esta condição afeta não só o próprio, mas também a família e todo o meio envolvente. O AVC representa uma diminuição da autonomia da pessoa, incapacitando-a de satisfazer as suas necessidades de autocuidado e de participar em atividades de lazer.

Perante esta situação, verifica-se frequentemente uma alteração dos papéis no seio familiar, decorrente da necessidade acrescida de cuidados. Para a sociedade, esta condição traduz-se numa diminuição da produtividade, numa alteração do papel social do indivíduo e num aumento da utilização dos serviços de saúde (Menoita, 2012).

3.4 A importância dos modelos teóricos nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolve a sua prática de acordo com as competências específicas definidas no Regulamento n.º 392/2019, as quais assentam nos princípios da promoção da autonomia, da melhoria da funcionalidade e da maximização da satisfação pessoal. Trata-se de um profissional qualificado, detentor de um sólido corpo de conhecimentos teóricos e de competências especializadas que lhe permitem intervir de forma diferenciada em diversos contextos da prática clínica.

A sua intervenção possibilita a prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida. Através da capacitação da pessoa com limitação ou deficiência, o EEER promove a autonomia e a independência, favorecendo a inclusão social, a participação ativa e autónoma nas diferentes atividades da vida diária, com enfoque na otimização da capacidade funcional, na promoção da participação social e no exercício pleno da cidadania (OE, 2019).

A reabilitação constitui um processo complexo, que deve assentar no conhecimento científico e numa abordagem multidisciplinar. A prática do EEER deve ser sustentada teoricamente por modelos conceptuais de enfermagem, centrados nos processos de vida, no autocuidado, no bem-estar, na satisfação e na maximização da funcionalidade da pessoa (Hoeman, 2011; OE, 2018).

A prática profissional especializada deve ser sustentada pelo enquadramento descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. O EEER deve orientar e fundamentar o seu exercício profissional com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados e à procura da excelência profissional, permitindo a avaliação da efetividade, da eficácia e da qualidade da sua intervenção. Neste sentido, a sua atuação deve ter como objetivo uma prestação de cuidados fundamentada nos oito enunciados definidos nos padrões de qualidade: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem (OE, 2018).

Para além do enquadramento anteriormente referido, as teorias de enfermagem constituem um pilar fundamental da autonomia da enfermagem enquanto profissão. Estas

assumem um papel central na prática de cuidados, bem como nos domínios da gestão, do ensino e da investigação. Ao sustentarem a enfermagem enquanto ciência, funcionam como um referencial metodológico que orienta a prática profissional e contribui para a construção e desenvolvimento do conhecimento. As teorias permitem ainda a consolidação de um corpo de conhecimento próprio da enfermagem, fundamentam a prática em bases científicas e favorecem a organização e sistematização dos cuidados, com vista à melhoria contínua da qualidade dos mesmos (George, 2000; Tomey & Alligood, 2004; Silva et al., 2019).

3.4.1 O Modelo Teórico de Dorothea Orem

Considerando as limitações funcionais resultantes do AVC, a teoria do autocuidado de Orem fornece um enquadramento teórico relevante para compreender a intervenção do EEER visto que esta abordagem teórica é a que melhor sustenta a promoção do autocuidado, sendo particularmente relevante quando o autocuidado está comprometido devido ao estado de saúde da pessoa, resultando num défice no autocuidado.

Orem refere que a intervenção do enfermeiro na satisfação das necessidades de autocuidado ocorre de forma terapêutica, como resposta à incapacidade do indivíduo de identificar ou executar essas necessidades. Nessa perspetiva, o autocuidado assume uma importância central no domínio da enfermagem (Petronilho et al., 2017).

A teoria de Dorothea Orem é suportada por três construtos: a teoria do autocuidado; a teoria do défice do autocuidado; e a teoria dos sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

O autocuidado é definido pela capacidade que o ser humano adquire no desempenho de funções que visam manter a sua saúde e bem-estar, tanto em ambientes controlados, como em ambientes instáveis. É uma ação, não inata, que o indivíduo inicia e executa, em seu benefício, com o intuito de manter a integridade da sua saúde e bem-estar, a sua funcionalidade e desenvolvimento (Orem, 2001).

Para que a pessoa seja capaz de completar o seu autocuidado, Orem define os requisitos para o autocuidado, que são necessários durante todas as fases do ciclo de vida: os requisitos universais de autocuidado, que dizem respeito às características do ser

humano; os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, que ocorrem nas diferentes fases do desenvolvimento do ser humano; e os requisitos de autocuidado no desvio de saúde, que estão relacionados com alterações na saúde do ser humano, que podem ser decorrentes de patologias, ou resultantes de procedimentos médicos diagnósticos ou de tratamento (Tavares, 2023).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem é composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado (TdAC), a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE), as quais se complementam e interagem entre si, permitindo compreender o papel da enfermagem na promoção e manutenção do autocuidado (Foster & Bennett, 2000).

Para que a pessoa seja capaz de realizar o seu autocuidado, Orem define requisitos que são essenciais ao longo de todas as fases do ciclo de vida. Estes incluem os requisitos universais de autocuidado, que se relacionam com as necessidades básicas inerentes ao ser humano; os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, que surgem nas diferentes etapas do desenvolvimento; e os requisitos de autocuidado no desvio de saúde, que estão associados a alterações do estado de saúde, podendo resultar de patologias ou de procedimentos médicos de diagnóstico ou tratamento (Tavares, 2023).

A teoria do déficit de autocuidado verifica-se quando o indivíduo deixa de ser capaz de desempenhar as atividades necessárias ao seu autocuidado, isto é, quando as necessidades da pessoa excedem a sua capacidade de as satisfazer. Nestes casos, torna-se necessária a intervenção do enfermeiro, com o objetivo de apoiar a pessoa e capacitá-la para a aquisição de competências que permitam a recuperação da sua autonomia e da sua capacidade de autocuidado (Orem, 2001).

Na teoria do déficit de autocuidado, Dorothea Orem destaca o papel fundamental do enfermeiro, ao reconhecer a necessidade de intervenção deste profissional de saúde. Para que essa intervenção seja eficaz, são definidos cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa, quando esta é incapaz de o fazer; orientar e guiar; prestar apoio físico e psicológico; proporcionar um ambiente adequado que favoreça o desenvolvimento pessoal; e ensinar e educar a pessoa, promovendo a sua autonomia (Tavares, 2023).

Com base nesta teoria, o enfermeiro estabelece uma relação entre a capacidade da pessoa para o autocuidado e as suas necessidades. Assim, procede à avaliação dos défices

existentes, ajustando a sua intervenção de forma individualizada, com o objetivo de minimizar os efeitos da incapacidade e maximizar a autonomia da pessoa (Tavares, 2023).

Quando a pessoa não é capaz de realizar as atividades de autocuidado, nem de desenvolver estratégias adaptativas adequadas, surge a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Nesta teoria, Orem estabelece uma estrutura orientadora para a prática de enfermagem, na qual o enfermeiro intervém com o objetivo de ajudar a pessoa a desenvolver ou recuperar essas capacidades, em função das suas necessidades. Esta intervenção é determinada pela necessidade terapêutica (Ferreira, 2021).

Orem identificou três sistemas de enfermagem que permitem dar resposta aos requisitos de cuidado do utente, sendo eles: o totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o de apoio-educação.

No sistema *totalmente compensatório*, a pessoa é incapaz de realizar o seu autocuidado de forma autónoma, verificando-se uma dependência completa de outro indivíduo para o fazer. Neste sistema, o Enfermeiro assume integralmente a responsabilidade pela prestação dos cuidados necessários, uma vez que a pessoa apresenta dependência total, seja devido a uma condição clínica crítica, por se encontrar numa fase aguda da doença, ou por não possuir competências físicas e/ou cognitivas que lhe permitam participar ativamente no seu cuidado (Ferreira, 2021).

No *sistema parcialmente compensatório*, o Enfermeiro apoia a pessoa, compensando as suas limitações. A pessoa é capaz de realizar algumas atividades de autocuidado, mas necessita ainda do apoio do Enfermeiro para completar ou supervisionar as suas acções. Este sistema configura-se como um modelo colaborativo entre o Enfermeiro e o indivíduo, no qual ambos partilham responsabilidades, com vista à promoção gradual da autonomia da pessoa, através da assistência ou supervisão em tarefas específicas dos cuidados prestados (Ferreira, 2021).

Relativamente ao *sistema de apoio-educação*, o indivíduo é capaz de desempenhar as atividades de autocuidado, cabendo ao Enfermeiro capacitar e orientar a sua realização. Este sistema destina-se a pessoas que conseguem executar o seu autocuidado, mas que necessitam de conhecimentos, motivação ou desenvolvimento de competências para o fazer de forma eficaz. Neste contexto, o Enfermeiro assume um papel central de orientação, ensino e apoio, capacitando a pessoa a assumir o controlo do seu processo de

cuidados e contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de eventuais complicações (Ferreira, 2021)

Deste modo, à luz da teoria dos sistemas de Enfermagem proposta por Dorothea Orem, torna-se possível desenvolver uma prática assistencial individualizada e centrada na pessoa, que valoriza a promoção da autonomia e da responsabilidade no processo de cuidar, ajustando a intervenção às necessidades específicas de cada situação (Orem, 2001).

Segundo Orem, a pessoa deve assumir um papel ativo no seu autocuidado. Contudo, quando não possui capacidade para o realizar de forma autónoma, compete ao EEER colmatar o défice identificado, intervindo de forma adequada ao nível de dependência apresentado (Orem, 2001).

No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, a teoria de Orem revela particular pertinência prática, uma vez que o EEER direciona sua intervenção para os diferentes graus de dependência e para a recuperação da capacidade funcional da pessoa no autocuidado. Este profissional tem um papel determinante na identificação do défice funcional, analisando as áreas específicas comprometidas e delineando um plano de intervenção individualizado, ajustado às necessidades da pessoa. A sua atuação visa a reeducação funcional e a capacitação para o autocuidado, tendo em consideração a nova condição de saúde da pessoa (Santos, 2017).

O modelo teórico desenvolvido por Orem constitui, assim, um referencial consistente para a prática do EEER. No caso da pessoa com AVC, verifica-se frequentemente um compromisso significativo do autocuidado, tornando essencial a intervenção especializada para promover a readaptação funcional e a recuperação das capacidades afetadas. No que respeita à dor, esta interfere negativamente com a autonomia e com a capacidade de realização das AVD. Neste contexto, o EEER assume um papel central, intervindo de forma especializada no seu alívio, favorecendo a adaptação funcional e contribuindo para a maximização da autonomia da pessoa, em consonância com os princípios defendidos por Orem (Santos, 2017).

A capacidade de autocuidado constitui um elemento essencial na promoção da qualidade de vida, na medida em que não se limita à realização das AVD, englobando

igualmente a aquisição de conhecimentos e competências necessárias à gestão eficaz da condição de saúde (Hoeman, 2011).

Após um evento vascular, o ER assume um papel determinante no apoio à pessoa e à sua família, auxiliando na identificação dos fatores que influenciam o regresso ao domicílio. Compete-lhe, ainda, definir objetivos em parceria com a pessoa, orientados para o reforço da autoconfiança, da autonomia e do sucesso no processo de reabilitação (Hoeman, 2011).

O EEER tem como responsabilidade ensinar, incentivar e orientar a pessoa, com vista a maximizar a sua independência nas atividades de autocuidado. Nos diferentes contextos de estágio, procurou-se privilegiar os sistemas parcialmente compensatório e de apoio-educação, recorrendo ao sistema totalmente compensatório apenas quando os restantes não se revelavam suficientes para responder às necessidades terapêuticas identificadas.

O modelo teórico desenvolvido por Dorothea Orem revela-se estruturante na prática da ER, ao sustentar intervenções que promovem a autonomia e a qualidade de vida da pessoa. A sua aplicação permite uma abordagem individualizada e holística, essencial ao processo de reabilitação.

Deste modo, o EEER consegue identificar os défices nas diversas dimensões do autocuidado e intervir de forma adequada a cada situação, promovendo a recuperação da capacidade funcional e apoiando a pessoa na reconquista da sua independência nas AVD. A teoria de Orem, para além de orientar a prática clínica, favorece também o empowerment da pessoa, contribuindo para cuidados de reabilitação eficazes e verdadeiramente centrados na pessoa.

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

4.1 Introdução

Atualmente, o desenvolvimento do cuidar constitui não apenas uma exigência da profissão de enfermagem, mas sobretudo uma necessidade fundamental para quem recebe os cuidados. Torna-se, por isso, essencial o aprofundamento do conhecimento científico, sustentado na melhor evidência disponível. Só assim poderemos consolidar uma prática de cuidados assente na utilização sistemática dos resultados da investigação, orientando-nos para uma Enfermagem Avançada. Para tal, é imprescindível que os enfermeiros adquiram e desenvolvam competências nesta área, de modo a responder de forma eficaz aos desafios atuais da profissão.

Com o objetivo de sustentar teoricamente a prática clínica e integrar a melhor evidência disponível, surgiu a necessidade de realizar uma revisão sistemática da literatura, intitulada *Intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a promoção da qualidade de vida em pessoas com AVC: uma revisão sistemática da literatura*.

Esta revisão visa sintetizar o conhecimento científico existente acerca das intervenções de Enfermagem de Reabilitação e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas após acidente vascular cerebral (AVC).

O AVC traduz-se pelo distúrbio neurológico provocado por oclusão de vasos sanguíneos cerebrais através da formação ou deslocação de coágulos que interrompem o fluxo sanguíneo, causando obstrução ou rotura das artérias cerebrais, conduzindo consequentemente à morte celular por falta de oxigénio (Kuriakose & Xiao, 2020).

A mortalidade e incapacidade associadas às doenças não transmissíveis (com destaque para as doenças cerebrovasculares) têm vindo a aumentar de forma significativa prevendo-se que esta tendência se intensifique nos próximos 10 anos, devido ao envelhecimento progressivo da população mundial. Paralelamente, o impacto económico das doenças neurológicas tem vindo a aumentar, e as doenças cerebrovasculares em particular são um componente muito importante desses custos (Patel, Berdunov, Quayyum, e Wittenberg, 2020).

Com o aumento da população idosa, prevê-se um crescimento global da carga associada às doenças neurológicas. A sua incidência tem vindo a aumentar em conjunto com a transição demográfica. A idade continua a ser o fator de risco não modificável mais

importante para o AVC e para o comprometimento cognitivo (Adebamowo, Tekola-Ayele, Rotimi, 2020).

A frequência das doenças crónicas aumenta paralelamente ao aumento da expectativa de vida. Os efeitos negativos das doenças não transmissíveis nos orçamentos de saúde e o aumento das necessidades de saúde constituem uma ameaça aos objetivos futuros de desenvolvimento sócio económico. Essas doenças absorvem numa proporção significativa dos recursos de saúde (Xu, Vestesson e Paley, 2018).

O envelhecimento populacional constitui uma tendência global, estimando-se que, até 2030, cerca de 12% da população mundial seja composta por pessoas com 60 ou mais anos, correspondendo a aproximadamente 1,4 mil milhões de indivíduos (Organização Mundial da Saúde, 2023, citada por Nespolo et al., 2024).

Em Portugal, este cenário assume particular relevância, uma vez que o país ocupa a quarta posição entre os Estados Membros da União Europeia com maior proporção de população idosa e apresentava, em 2024, um dos índices de envelhecimento mais elevados 192,4 idosos por cada 100 jovens (Pocinho et al., 2019; Pordata, 2024). As doenças cerebrovasculares constituem a principal causa de mortalidade, colocando o país entre os países europeus com as mais elevadas taxas de óbitos associados a estas patologias (Figueiredo et al., 2020).

Sendo assim, é fundamental implementar estratégias integradas que favoreçam a reintegração eficaz dos indivíduos afetados pois de acordo com Fonseca (2021) o Acidente Vascular Cerebral pode provocar um leque diversificado de sequelas, incluindo paresia de um membro, afasia expressiva ou recetiva, alterações visuais, disfagia, perturbações do equilíbrio e alterações da sensibilidade, entre outras. O mesmo autor afirma que cerca de um terço dos utentes poderá desenvolver défices cognitivos e dor crónica, o que torna imprescindível a implementação de um plano de reabilitação individualizado.

De acordo com a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001), o indivíduo possui, em condições normais, capacidade para atender às suas próprias necessidades de autocuidado. Contudo, ao longo da vida, essa capacidade pode ser comprometida por diferentes fatores, originando um défice de autocuidado. Neste contexto, a Enfermagem de Reabilitação assume um papel central na promoção do autocuidado e na capacitação funcional da pessoa.

Segundo Marques-Vieira e Sousa (2017), o autocuidado constitui o eixo central dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, sendo essencial que o EEER promova a capacitação funcional da pessoa para a realização das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária. Para tal, são desenvolvidos programas de reabilitação personalizados, ajustados às necessidades individuais e ao contexto de vida da pessoa, promovendo a sua participação ativa no processo de reabilitação.

Compete ao EEER avaliar as limitações no autocuidado e definir metas que permitam adequar as intervenções às necessidades específicas de cada pessoa. É fundamental promover o envolvimento ativo da pessoa no seu processo de reabilitação e capacitação, incentivando a sua independência e valorizando o seu potencial para desenvolver competências adaptativas, assim como para recuperar ou melhorar o autocuidado de forma eficaz (Marques e Sousa, 2017).

Nesse contexto para a estruturação desta revisão sistemática da literatura, tornou-se essencial a definição clara da questão de investigação, que orienta e delimita o foco do estudo:

Quais as evidências científicas sobre a eficácia das intervenções de Enfermagem de Reabilitação na promoção da qualidade de vida de pessoas após acidente vascular cerebral?

Tendo em conta a questão de investigação, o objetivo desta revisão sistemática é *Identificar as intervenções de Enfermagem de Reabilitação que promovem ganhos na qualidade de vida da pessoa após acidente vascular cerebral.*

4.2 Metodologia

Esta revisão sistemática da literatura segue as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI), adotando o modelo PICO (P – Participantes; I – Intervenção; C – Comparação; O – Resultados).

P	População	Pessoas com AVC com défices funcionais	Palavra chaves Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem de Reabilitação; Autocuidado; Qualidade de Vida
I	Intervenção	Intervenções de enfermeiros de reabilitação	
C	Comparação	Cuidados habituais	
O	Outcomes/ Resultados	Ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação na promoção da qualidade de vida da pessoa com AVC.	

Fluxograma PRISMA da seleção de estudos

A recolha de dados foi realizada no motor de busca PubMed, com acesso à base de dados MEDLINE, recorrendo a uma estratégia, utilizando o operador booleano AND para a combinação dos termos de pesquisa.

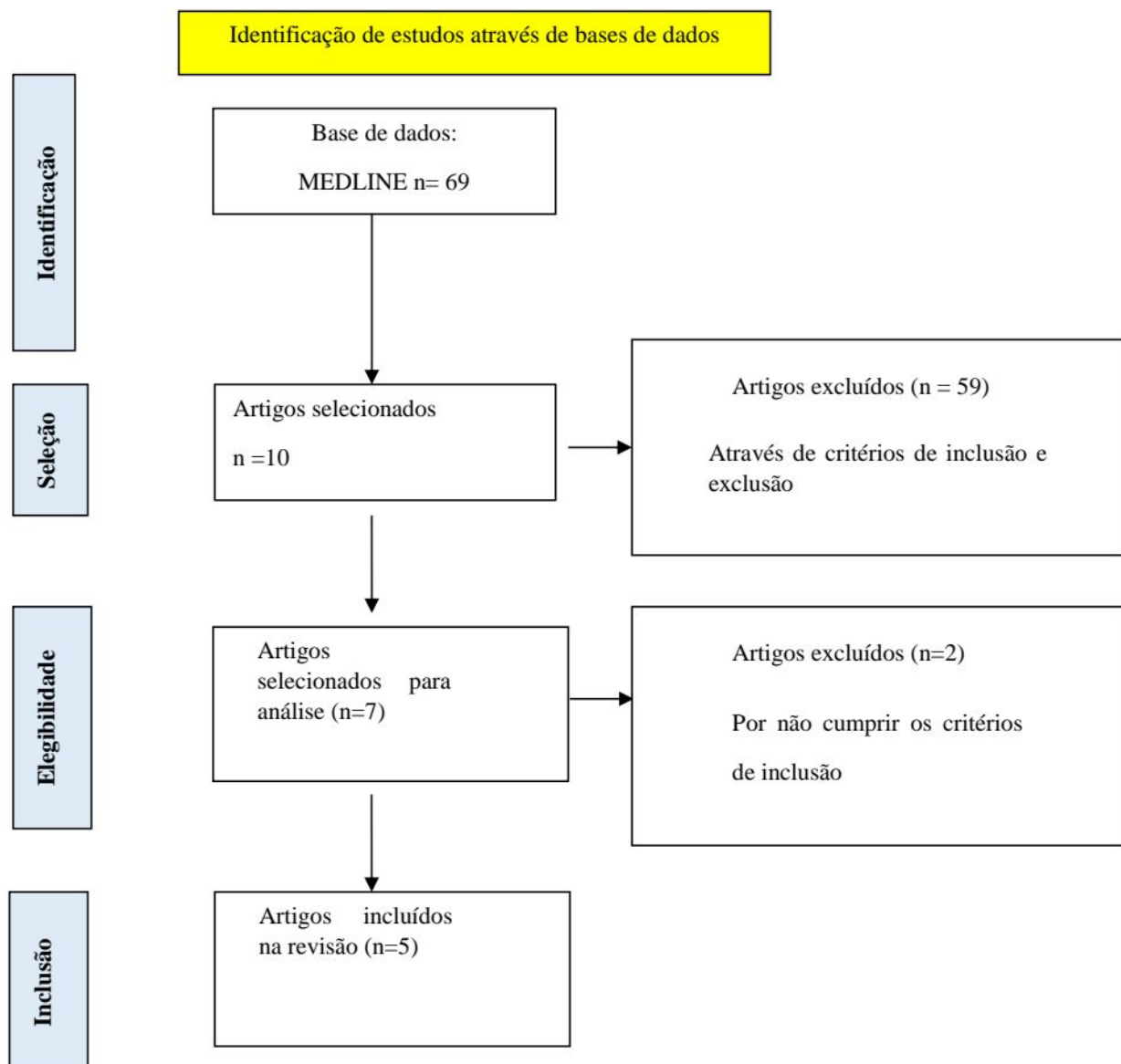
Foram definidos como critérios de inclusão: disponibilidade de texto integral, ensaios randomizados controlados, estudos publicados entre 2020 e 2025 sendo considerados artigos redigidos em qualquer idioma. Foram definidos como critérios de exclusão os estudos que não especificassem claramente o tipo de estudo e/ou a data de publicação, apresentassem uma metodologia de carácter pouco consistente ou não estivessem diretamente relacionados com o objetivo da revisão sistemática da literatura. Foram igualmente excluídos os estudos que não demonstraram qualidade metodológica adequada, avaliada de acordo com os critérios do Joanna Briggs Institute, através da aplicação das respetivas checklists.

Os descritores e a equação booleana utilizada foram os seguintes: stroke AND rehabilitation nursing AND quality of life.

A pesquisa e seleção dos estudos foi realizada entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026.

No total, foram identificados 69 estudos. Destes, 59 estudos foram excluídos após a leitura do título e 3 após a análise do resumo, por não abordarem diretamente a temática em estudo ou por não avaliarem resultados específicos de intervenções de enfermagem de reabilitação do doente após AVC. Assim, foram selecionados 7 estudos para leitura integral.

Após a leitura integral dos artigos, foram excluídos 2 estudos por não cumprirem os critérios de inclusão



Título	Ano	Autores	objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
Influências da enfermagem de reabilitação precoce na função motora, na função de deglutição, bem como na Qualidade de vida em doentes com AVC	2024	Jia,J. et.al.	investigar os efeitos da enfermagem de reabilitação precoce na função motora, na função de deglutição e na qualidade de vida dos doentes pós-AVC.	Estudo randomizado. 116 doentes com AVC agudo	O grupo de investigação apresentou uma taxa total efetiva de recuperação da disfagia elevada em comparação com o grupo de controlo (P< .05).	O efeito da reabilitação precoce em doentes com AVC agudo é notável, podendo melhorar eficazmente a disfagia e a disfunção dos membros. Este possui um elevado valor para a enfermagem e merece ser promovido e aplicado. Assim sendo, um programa de reabilitação física precoce para doentes internados com AVC agudo deve ser considerado para implementação em ambientes clínicos

Título	Ano	Autores	objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
O Efeito e a Influência do Modelo de Enfermagem de Reabilitação do Sistema de Responsabilidade na Enfermagem de doentes com acidente vascular cerebral isquémico	2024	Shi,W.et,al	Explorar e avaliar o efeito do modelo de enfermagem de reabilitação com responsabilidade no cuidado de doentes com AVC isquémico e o impacto na satisfação da equipa de enfermagem, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados a estes doentes.	Estudo randomizado. 92 doentes com AVC isquémico	Após a intervenção, a pontuação na Escala Europeia de AVC (ESS) do grupo de estudo foi superior à do grupo de controlo. Após a intervenção, os escores de força muscular dos membros superiores e inferiores do grupo de estudo foram significativamente superiores aos do grupo de controlo. Escala de AVC do Instituto Nacional de Saúde (NIHSS) do grupo de estudo foi inferior à do grupo de controlo. Escala de Qualidade de Vida Específica para o AVC (SS-QOL) do grupo de estudo foi superior à do grupo de controlo.	Os resultados do estudo mostraram que o modelo de enfermagem de reabilitação baseado no sistema de responsabilidade apresentou efeitos significativos na melhoria da função dos membros, da função neurológica e da qualidade de vida dos doentes com AVC isquémico, o que pode promover um melhor prognóstico para os doentes.

Título	Ano	Autores	objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
Efeitos da enfermagem de reabilitação precoce nas funções neurológicas e na qualidade de vida dos doentes com hemiplegia pós-AVC isquémico.	2021	Hu, L. etLiu,G.	explorar os efeitos da enfermagem de reabilitação precoce (ERP) nas funções neurológicas, na incidência de trombose venosa profunda dos membros inferiores (TVPI) e na qualidade de vida (QV) dos doentes com hemiplegia isquémica pós-acidente vascular cerebral	Foram incluídos 123 doentes com AVC isquémico. Os doentes foram comparados em relação aos escores da Escala Europeia de Acidente Vascular Cerebral (EAS), do Índice de Barthel (IB) e da Avaliação de Fugl-Meyer (AFM), à incidência de complicações e TVPI, à QV e à satisfação com a enfermagem.	Após a intervenção, os escores da EAS, do IB e da AFM aumentaram em ambos os grupos, mas foram significativamente mais elevados no grupo de estudo ($p < 0,05$).	Para os doentes com AVC, a ER precoce pode melhorar as funções neurológicas, reduzir a incidência de TVP e melhorar a qualidade de vida.

Título	Ano	Autores	objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
O efeito da enfermagem de reabilitação sistemática precoce na qualidade de vida e na função dos membros em doentes idosos com sequelas de AVC	2021	Yu, M. et al.	Estudar o efeito da reabilitação precoce e sistemática de enfermagem na qualidade de vida e na função dos membros em doentes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC).	Estudo prospetivo foi conduzido com 97 doentes idosos com sequelas de AVC.	As alterações no grupo experimental após a intervenção foram maiores do que no grupo controlo (ambos $P < 0,05$). Os escores nas escalas HAMA e HAMD em ambos os grupos após a intervenção foram inferiores aos valores pré-intervenção. Os escores do Índice de Barthel, da Escala de Atividades da Vida Diária (AVD) e do GQOLI-74 em ambos os grupos após a intervenção aumentaram em comparação com os valores pré-intervenção. Os escores do Índice de Barthel, da Escala de AVD e do GQOLI-74 no grupo experimental após a intervenção foram superiores aos do grupo controlo.	Para os doentes idosos com sequelas de AVC, a reabilitação precoce é mais benéfica para a melhoria da função motora e sensorial do membro superior, alívio do sofrimento psicológico, aumento da capacidade de realizar atividades da vida diária e melhoria da qualidade de vida.

Titulo	Ano	Autores	objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
Efeitos da intervenção de enfermagem de reabilitação precoce na função nervosa e nas atividades da vida diária em doentes com hemiplegia pós-AVC	2021	Yang,C.et,al	Explorar os efeitos da enfermagem de reabilitação precoce na reabilitação de doentes com hemiplegia pós-AVC.	80 doentes com AVC A Escala de AVC do Instituto Nacional de Saúde (NIHSS) e a Escala de Respostas Ruminativas(RRS) foram utilizadas para avaliar a função neurológica dos doentes antes e após o tratamento. A Avaliação da Função Motora de Fugl-Meyer (FMA) foi aplicada para avaliar a capacidade atlética, e a pontuação das atividades da vida diária (AVD) e o Índice de Barthel foram utilizados para avaliar a capacidade funcional.	as pontuações da NIHSS e da RRS no grupo de observação foram inferiores às do grupo de controlo (P0,05). A satisfação com os cuidados de enfermagem no grupo de observação foi superior à do grupo de controlo enquanto as pontuações na FMA, na AVD e no Índice de Barthel foram mais elevadas do que antes do	A reabilitação precoce em enfermagem pode melhorar eficazmente a função neurológica, a capacidade atlética e a capacidade de vida diária dos doentes com hemiplegia pós-AVC.

4.3 Resultados

Foram incluídos cinco estudos primários, publicados entre 2021 e 2024, que analisaram intervenções de enfermagem de reabilitação em pessoas após acidente vascular cerebral. De forma global, os resultados evidenciam ganhos sensíveis aos cuidados de reabilitação em quatro domínios principais: função neurológica, função motora e capacidade funcional, atividades de vida diária/autocuidado e qualidade de vida.

Ganhos na função neurológica

Quatro dos cinco estudos incluídos demonstraram melhorias significativas na função neurológica das pessoas com AVC submetidas a intervenções precoces de ER

Os estudos de Shi et al. (2024), Hu e Liu (2021) e Yang et al. (2021) evidenciaram reduções estatisticamente significativas da gravidade do défice neurológico, avaliadas através de escalas como a *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)* e a *European Stroke Scale (ESS)*, nos grupos de intervenção quando comparados com os cuidados habituais. Estes resultados indicam que a intervenção estruturada de enfermagem contribui para uma recuperação neurológica mais favorável.

Adicionalmente, nos estudos de Hu e Liu (2021) observou-se uma diminuição da incidência de complicações associadas, nomeadamente trombose venosa profunda,

reforçando o impacto da enfermagem de reabilitação na prevenção de eventos adversos no pós-AVC.

Ganhos na função motora

Todos os estudos incluídos reportaram melhorias significativas na função motora dos membros superiores e/ou inferiores.

Os estudos de Jia et al. (2024), Shi et al. (2024), Hu e Liu (2021), Yu et al. (2021) e Yang et al. (2021) demonstraram aumentos significativos nos escores da *Avaliação de Fugl-Meyer*, evidenciando melhorias na mobilidade, força muscular e controle motor. Estes ganhos foram mais expressivos nos grupos submetidos a programas de enfermagem de reabilitação precoce e sistemática.

Em particular, Jia et al. (2024) destacaram melhorias na função motora associadas a intervenções que integraram treino funcional e reeducação específica, enquanto Yu et al. (2021) evidenciaram ganhos relevantes na função motora e sensorial em pessoas idosas com sequelas de AVC.

Ganhos na capacidade funcional e no autocuidado

Quatro estudos evidenciaram ganhos significativos na capacidade funcional e na autonomia para as atividades de vida diária, avaliadas maioritariamente através do Índice de Barthel e escalas de AVD.

Os estudos de Hu e Liu (2021), Yu et al. (2021) e Yang et al. (2021) demonstraram aumentos estatisticamente significativos nos escores do Índice de Barthel nos grupos de intervenção, refletindo maior independência no autocuidado e nas atividades básicas de vida diária.

De igual forma, Shi et al. (2024) verificaram que o modelo de ER baseado no sistema de responsabilidade promoveu ganhos funcionais superiores aos cuidados habituais, com impacto direto na autonomia da pessoa após AVC.

Ganhos na qualidade de vida

A melhoria da qualidade de vida foi evidenciada em quatro dos cinco estudos incluídos. Os estudos de Jia et al. (2024), Shi et al. (2024), Hu e Liu (2021) e Yu et al.

(2021) demonstraram melhorias estatisticamente significativas na qualidade de vida, avaliadas através de instrumentos específicos como a *Stroke-Specific Quality of Life Scale*. Estes ganhos estiveram associados à melhoria da função motora, da autonomia funcional e da percepção global de bem-estar.

O estudo de Yu et al. (2021) evidenciou ainda benefícios ao nível psicológico, com redução dos níveis de ansiedade e depressão, sugerindo que as intervenções de enfermagem de reabilitação têm impacto não apenas físico, mas também emocional e psicossocial.

De forma integrada, os cinco estudos incluídos demonstram que as intervenções de enfermagem de reabilitação, particularmente quando iniciadas precocemente e de forma sistemática, promovem ganhos significativos na função neurológica, função motora, autonomia no autocuidado e qualidade de vida da pessoa após acidente vascular cerebral.

4.4 Discussão

Os resultados da presente revisão sistemática da literatura evidenciam que as intervenções de enfermagem de reabilitação têm um impacto positivo na qualidade de vida da pessoa após acidente vascular cerebral, promovendo melhorias na função neurológica, na capacidade funcional, no autocuidado e no bem-estar global.

A melhoria da funcionalidade, identificada de forma consistente nos estudos incluídos nesta RSL, é corroborada por António et al. (2025), demonstrando-se que intervenções de ER nos domínios motor, respiratório e cognitivo promovem ganhos significativos na independência da pessoa com alterações neurológicas decorrentes do AVC. Segundo estes autores, a independência nas atividades de vida diária constitui um dos principais determinantes da percepção de qualidade de vida, reforçando a relevância dos resultados obtidos nesta revisão.

De igual modo, os ganhos funcionais observados podem ser compreendidos à luz da evidência apresentada por Antunes et al. (2025), que destacam a importância dos programas de reabilitação cognitiva ao longo das diferentes fases do processo de recuperação pós-AVC. Estes autores sublinham que a avaliação sistemática dos défices cognitivos e a implementação de intervenções personalizadas contribuem para a

funcionalidade global da pessoa, complementando as intervenções motoras e reforçando uma abordagem multidimensional da enfermagem de reabilitação.

Os resultados desta RSL evidenciam ainda a relevância da intervenção estruturada, sistemática e especializada do ER, o que é consistente com a perspectiva apresentada por António et al. (2025), que defendem uma atuação contínua, centrada na pessoa e orientada para objetivos funcionais individualizados, como promotora de ganhos sensíveis aos cuidados. Esta abordagem favorece não apenas a recuperação física, mas também a adaptação às limitações impostas pelo AVC, com impacto direto na qualidade de vida.

No estudo de Ocal, Alaca e Canbora (2020), que analisou o impacto do treino proprioceptivo do membro superior em pessoas com AVC crónico. Os autores verificaram que a inclusão de treino proprioceptivo estruturado produziu melhorias significativas nos outcomes funcionais do membro superior, traduzindo-se em ganhos na coordenação, controlo motor e desempenho funcional. Embora o estudo se centre numa componente específica da intervenção, os seus achados reforçam a evidência identificada na presente revisão, onde programas estruturados de ER demonstraram melhorias consistentes na função motora e na autonomia funcional. A convergência dos resultados sugere que intervenções direcionadas e baseadas em estímulo sensório-motor contribuem para otimizar a recuperação funcional, mesmo em fases crónicas do AVC, o que amplia a compreensão de que os ganhos em qualidade de vida não se limitam à fase aguda, mas podem ser potenciados através de abordagens sistemáticas e individualizadas de reabilitação.

Assim, a qualidade de vida emerge como um resultado multidimensional, influenciado pela recuperação funcional, pela independência no autocuidado, pela reabilitação cognitiva e pela continuidade dos cuidados. A articulação entre os resultados desta revisão sistemática e a evidência apresentada reforça o papel central do EEER na promoção de ganhos em saúde e no bem-estar global da pessoa após AVC.

4.5 Conclusão

A análise dos estudos incluídos permitiu verificar que a intervenção do EEER assume um papel determinante na recuperação funcional, na promoção da autonomia e na melhoria global da qualidade de vida da pessoa com AVC.

Os resultados evidenciam que intervenções estruturadas e precoces, desenvolvidas nos domínios da reabilitação funcional motora, cognitiva e respiratória, contribuem para ganhos significativos ao nível da força muscular, mobilidade, equilíbrio, coordenação, função neurológica e desempenho nas atividades de vida diária. Verificou-se igualmente que programas sistemáticos, individualizados e centrados na pessoa apresentam melhores resultados quando comparados com os cuidados habituais, reforçando a importância de uma intervenção especializada, contínua e sustentada na melhor evidência disponível.

Importa ainda salientar que a qualidade de vida após AVC constitui um conceito multidimensional, influenciado pela recuperação funcional, pelo nível de independência no autocuidado, pela reabilitação cognitiva, pela continuidade dos cuidados no domicílio. Neste contexto, a atuação do EEER, orientada para objetivos funcionais individualizados e baseada numa abordagem holística e centrada na pessoa, revela-se fundamental para a maximização da autonomia e para a reintegração social.

Conclui-se, assim, que as intervenções de ER demonstram impacto positivo e significativo na promoção da qualidade de vida da pessoa após AVC, constituindo um contributo essencial para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos futuros com amostras mais alargadas e metodologias robustas, que permitam consolidar e aprofundar a evidência científica nesta área, reforçando a prática clínica baseada na evidência.

Referências bibliográficas

Adebamowo, S. N., Tekola-Ayele, F., Adeyemo, A. A., & Rotimi, C. N. (2017). *Genomics of cardiometabolic disorders in Sub-Saharan Africa*. *Public Health Genomics*. <https://karger.com/phg/article-abstract/20/1/9/272832>

António, M., Lista, A., Moura, C., Bia, F., Teófilo, A., & João, A. (2025). Intervenções de reabilitação em enfermagem: ganhos em funcionalidade no autocuidado da pessoa com alterações neurológicas. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/40125>

Antunes, S., Campos, C., Barreto, M., Araújo, P., & Rodrigues, T. (2025). Programas de reabilitação à pessoa com comprometimento cognitivo pós-AVC: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*: <https://doi.org/10.33194/rper.2025.37668>

Figueiredo, A. R. G. D., Pereira, A., & Mateus, S. (2020). *Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência*. Higeia: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n3/03_Acidente_vascular_cerebral_isquemico_vs_hemorragico_taxa_de_sobrevivencia.pdf

Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-caoa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Hu, L., & Liu, G. (2021). Effects of early rehabilitation nursing on neurological functions and quality of life of patients with ischemic stroke hemiplegia. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8129209/>

Jia, J., Wan, C., Zhang, Y., Wang, D., Liu, Z., Meng, X., & Chen, H. (2024). Influences of Early Rehabilitation Nursing on Motor Function, Swallowing Function as Well as Quality of Life in Stroke Patients: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38940785/>

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta (1ª ed.)

Nespolo, J. M., Bordin, R., Bernartt, M. L., & de Gouvêa, A. (2024). *Envelhecimento populacional: um estudo da rede global cidades e comunidades*

amigáveis à pessoa idosa. *Revista Observatorio de la Economía Latino Americana*:
<https://doi.org/10.55905/oelv22n7-012>

Ocal M, Alaca N, Canbora K. Does Upper Extremity Proprioceptive Training Have an Impact on Functional Outcomes in Chronic Stroke Patients? *Medeniyet Medical Journal*. 2020: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7384505/>

Patel, A., Berdunov, V., Quayyum, Z., King, D., Knapp, M., & Wittenberg, R. (2019). Estimated societal costs of stroke in the UK based on a discrete event simulation. *Age and Ageing*: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz162>

PORDATA. (2024). *Índice de envelhecimento*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indice+de+envelhecimento-526>

Shi, W., Liu, F., & Yuan, M. (2024). The Effect and Influence of the Responsibility System Rehabilitation Nursing Model in the Nursing of Patients with Ischemic Stroke: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38581316/>

Xu, X.-M., Vestesson, E., Paley, L., et al. (2018). The economic burden of stroke care in England, Wales and Northern Ireland: using a national stroke register to estimate and report patient-level health economic outcomes in stroke. *European Stroke Journal*: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2396987317746516>

Yang, C., Zhao, J., Xie, H., Wang, H., Liu, X., Liu, H., & Liu, L. (2021). Effects of early rehabilitation nursing intervention on nerve function and daily living in patients with stroke hemiplegia: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8581919/>

Yu, M., Wang, L., Wang, H., & Wu, H. (2021). The effect of early systematic rehabilitation nursing on the quality of life and limb function in elderly patients with stroke sequelae. *American Journal of Translational Research*: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8430147/>

5. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Com base nos princípios que orientam a prática do EEER, o projeto de intervenção foi delineado para ser desenvolvido no serviço de medicina, incidindo sobre a pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), com enfoque na prevenção de complicações e na promoção da capacidade funcional. No entanto, devido a intercorrências relacionadas com a disponibilidade dos campos de estágio, a sua concretização decorreu no serviço de medicina intensiva, Unidade neurocríticos. Esta alteração de contexto implicou a adaptação do projeto à realidade do serviço, mantendo-se, contudo, os objetivos centrais da intervenção de enfermagem de reabilitação. Neste contexto específico, foi possível acompanhar de forma sistemática apenas um utente com AVC hemorrágico, cuja complexidade clínica e necessidades de cuidados especializados permitiram a implementação e avaliação de um plano de intervenção estruturado e fundamentado na evidência científica.

Apesar de o estágio ter decorrido numa Unidade neurocríticos, a prática clínica permitiu um contacto significativo com a pessoa no processo pós-AVC, evidenciando a relevância da intervenção precoce da enfermagem de reabilitação.

O desenvolvimento de competências nesta área constitui uma mais-valia a nível pessoal e profissional, enquanto futura mestra em ER contribuindo, em articulação com a vertente de investigação, para a melhoria da prática clínica e para a evolução da enfermagem enquanto disciplina científica.

É neste contexto que se insere o estudo de caso apresentado de seguida.

5.1 – Objetivos

5.1.1 – Objetivo Geral

- Avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados do EEER, como autonomia funcional, e capacidade de autocuidado.

5.1.2- Objetivos específicos

- Identificar défices de autocuidado em pessoas com AVC;
- Implementar uma proposta de capacitação de autocuidado, dirigidas as pessoas com AVC portadores de défices funcionais;
- Desenvolver competências na área da Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

5.2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caso clínico, desenvolvido no âmbito do estágio de enfermagem de reabilitação no serviço SMI unidade neurocríticos

Os dados foram recolhidos por observação direta, análise documental e participação ativa nos cuidados prestados, entre 23 de outubro e 06 de novembro, totalizando 15 intervenções de enfermagem de reabilitação.

A análise do caso seguiu o processo de enfermagem estruturado de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2021), contemplando as etapas de avaliação diagnóstica, planeamento, implementação e avaliação.

Foram respeitados os princípios éticos e deontológicos preconizados pela ordem dos enfermeiros, garantindo confidencialidade e anonimato da pessoa cuidada.

5.2.1 População alvo e Amostra

Pessoa de 63 anos com diagnóstico de AVC hemorrágico, internada numa unidade neurocríticos

5.2.2 Instrumentos de avaliação e de colheita de dados

As intervenções desenvolvidas pelo EEER devem decorrer de uma avaliação abrangente, mensurável e fundamentada num raciocínio clínico dedutivo. Para tal, sempre que possível, devem ser utilizados instrumentos válidos para a população em estudo, bem como padronizados e fiáveis, garantindo maior rigor e qualidade na prática clínica (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Sendo assim os dados foram recolhidos através de observação direta, consulta de processo clínico aplicação de escala nomeadamente a Escala de Glasgow, Escala MRC e Escala GUSS adaptada à UCI, e escala de Ashworth, e avaliação do equilíbrio estático e dinâmico

5.2.3. Plano de intervenção

À admissão, encontrava-se em coma (Escala de Glasgow 3), sob sedação e ventilação mecânica invasiva. Durante os primeiros dias, apresentou broncorreia abundante e pneumonia associada à ventilação, hemiparesia moderada a direita (3/5 escala MRC) associada a aumento do tônus muscular avaliado pela escala de ashworth, correspondente a aumento do tônus em menos de metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta seguida de resistência mínima.

A primeira intervenção de enfermagem de reabilitação ocorreu no dia 23 de outubro, centrada na higiene brônquica, posicionamento antiespástico e mobilização passiva.

Em 30 de outubro, o doente foi extubado, apresentando melhoria clínica e respiratória. Contudo, no dia 31 de outubro, registou-se agravamento ventilatório, com dessaturação. A TC torácica revelou espessamento brônquico difuso, consolidações bilaterais e derrame pleural bilateral (maior à esquerda). Foi reentubado, sob sedação com propofol e remifentanil, em ventilação assistida por pressão (FiO₂ 35%, PEEP 8–10, PS 8 cmH₂O).

A partir do dia 1 de novembro foram mantidas intervenções de Enfermagem de Reabilitação diárias, centradas na mobilização, Reeducação Funcional Respiratória (RFR), prevenindo as complicações.

No dia 5 de novembro, o doente foi extubado novamente, apresentando O₂ 0,5 l/min (SpO₂ 95 – 96%), escala de Glasgow 13 – 14, força muscular normal no MSD e 4/5 no MID e no hemicorpo esquerdo

Entre 23 de Outubro e 06 de novembro, o utente foi submetido a 15 intervenções de enfermagem de reabilitação, diárias, com progressão gradual dos objetivos:

- Fase inicial (23 – 30/10): foco na ventilação, higiene brônquica e mobilização passiva;
- Fase intermédia (31/10 – 04/11): readaptação após reentubação, (treino dos músculos inspiratórios).
- Fase final (05 – 06/11): consolidação da extubação, treino de equilíbrio estático à beira do leito, e avaliação da disfagia.

Diagnostico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados / Ganhos em Saúde
Ventilação comprometida	Promover ventilação eficaz	➤ Aspiração orotraqueal; ➤ Drenagem postural e manobras de vibrocompressão torácica; ➤ Reeducação diafragmática com resistência ➤ Abertura costal seletiva bilateral ➤ Reeducação costal global com ajuda de 2 pessoas ➤ Ensino da tosse assistida ➤ reeducação diafragmática	➤ Redução progressiva das secreções; ➤ Melhoria do murmúrio vesicular bilateral; ➤ Extubação com sucesso a 05/11; ➤ Ventilação espontânea eficaz com O₂ 0,5 L/min (SpO₂ 95–96%).

Diagnostico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados / Ganhos em Saúde
Mobilidade comprometida	Manter e melhorar a mobilidade articular e a força muscular.	➤ Mobilização passiva e passiva/assistida dos quatro membros; ➤ posicionamento antispástico no leito e no cadeirão	➤ Melhoria da força muscular nos quatro membros; ➤ Manutenção da amplitude articular completa; ➤ Evitou a rigidez articular;

Diagnostico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados / Ganhos em Saúde
Risco de integridade cutânea comprometida	Prevenir úlceras de pressão.	➤ Hidratação e vigilância da pele; ➤ Reposicionamento no leito ➤ Levante para o cadeirão todos os dias	➤ Pele íntegra durante todo o internamento;

Diagnostico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados / Ganhos em Saúde
Risco de disfagia	Promover deglutição segura e eficaz.	➤ Avaliação da deglutição após extubação (escala de Guss UCI 7 pontos); ➤ Supervisão durante alimentação oral;	➤ Boa tolerância à consistência gel/pudim; ➤ Ausência de engasgos ou aspiração; ➤ Início de ingestão oral com segurança

Diagnostico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados / Ganhos em Saúde
Comunicação comprometida (temporária)	Promover a comunicação	➤ Estímulo à comunicação não verbal (gestos, contacto visual)	➤ Resposta aos estímulos verbais; ➤ Comunicação compreensível após extubação;

Diagnostico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Resultados / Ganhos em Saúde
Risco de dependência	Promover a independência e a capacidade funcional.	➤ Estímulo à realização de movimentos ativos; ➤ Treino de equilíbrio a beira do leito ➤ Incentivar/ensinar a alimentar-se sozinho	➤ Controlo cervical eficaz e ligeiro controlo de tronco ➤ conseguiu levar a colher a boca com ajuda parcial

5.2.4 Considerações Éticas

No desenvolvimento do presente relatório foram respeitados os princípios éticos que orientam a prática de cuidados em saúde. Foi assegurado o respeito pela dignidade, autonomia e direitos da pessoa alvo de cuidados, tendo sido obtido o consentimento informado para a utilização da informação. Foram ainda garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, salvaguardando a privacidade da pessoa e impedindo qualquer forma de identificação.

5.3 Resultados

Verificaram-se ganhos expressivos em todas as dimensões avaliadas, nomeadamente:

- Murmúrio vesicular audível bilateral, a análise comparativa entre a radiologia do tórax de 20/10 e 28/10 demonstra uma evolução pulmonar favorável.



Figura 2 RX 28/10

- Força muscular normal no MSD e 4/5 no MID e no hemicorpo esquerdo
- Controlo cervical eficaz e início de controlo de tronco,

- Ausência de lesões cutâneas,
- Independência parcial na alimentação
- Estabilidade clínica e funcional à transferência para a Unidade de AVC (06/11).

O presente estudo de caso evidencia o impacto da ER na otimização da função respiratória e motora em doente neurocrítico. Apesar das intercorrências respiratórias (pneumonia, derrame pleural bilateral), a intervenção sistemática e precoce de enfermagem de Reabilitação permitiu ganhos evidentes em ventilação, mobilidade e funcionalidade global.

A evidência científica sustenta que a mobilização precoce nas fases iniciais demonstra um efeito significativo no processo de desmame ventilatório aumento da força muscular, prevenção de contraturas articulares, aumento de força muscular ao nível dos quatro membros, e melhoria da força muscular inspiratória (Worraphanet al., 2020). A implementação consistente destas intervenções de EER reduz significativamente a duração da VMI, e deve integrar a prática diária das unidades de cuidados intensivos.

O processo de reabilitação, constituído por 15 sessões, demonstrou que é possível obter ganhos progressivos e mensuráveis, quando o enfermeiro especialista atua de forma fundamentada na evidência e em articulação com a equipa multidisciplinar.

Este caso evidenciou ainda o valor da intervenção interdisciplinar, onde a colaboração entre Enfermagem, Medicina e Fisioterapia permitiu um desfecho favorável e uma transição segura para cuidados subsequentes.

5.4 Discussão dos Resultados

Neste subcapítulo procede-se à análise crítica dos resultados obtidos ao longo do processo, com o objetivo de responder aos objetivos definidos para o presente estudo de caso. A discussão é sustentada em evidência científica, permitindo enquadrar os ganhos em saúde sensíveis às intervenções implementadas pelo EEER, conforme recomendado por Curral e Santos (2014). Importa salientar que, tratando-se de um estudo de caso único, os resultados não são passíveis de generalização, contudo permitem uma reflexão aprofundada sobre a eficácia da intervenção especializada em contexto neurocrítico.

De forma global, os resultados evidenciam ganhos relevantes ao nível da função respiratória, mobilidade, prevenção de complicações associadas à imobilidade e promoção da autonomia funcional. Estes ganhos reforçam a importância da intervenção

precoce, estruturada e contínua da enfermagem de reabilitação em unidades de cuidados intensivos neurocríticos.

Relativamente à função respiratória, a evolução observada demonstra que a intervenção sistemática de reeducação funcional respiratória contribui de forma significativa para a otimização da ventilação espontânea e para a redução de complicações respiratórias associadas à ventilação mecânica invasiva. Estes resultados vão ao encontro da evidência científica que destaca o impacto positivo da reabilitação respiratória na melhoria da mecânica ventilatória, na prevenção da fraqueza muscular adquirida em UCI e na facilitação do desmame ventilatório (Elew et al., 2022; Santos & Rodrigues, 2021).

No domínio motor, os ganhos verificados ao nível da força muscular, controlo postural e mobilidade refletem a eficácia de intervenções progressivas e individualizadas, mesmo em fases precoces da doença crítica. A literatura refere que a mobilização precoce e o estímulo à atividade motora em contexto de cuidados intensivos contribuem para a preservação da função neuromuscular e para a redução do impacto da imobilidade prolongada (Prazeres et al., 2021). Assim, os resultados obtidos reforçam que a intervenção do EEER é determinante na promoção da recuperação funcional, mesmo perante défices neurológicos significativos.

No que concerne ao tónus muscular, a manutenção de valores baixos na escala de Ashworth sugere que as intervenções preventivas implementadas, nomeadamente o posicionamento adequado e a mobilização regular, tiveram um papel relevante na prevenção da instalação de padrões espásticos. A literatura refere que a espasticidade pode limitar o potencial de reabilitação e comprometer os ganhos funcionais, sendo a prevenção uma estratégia fundamental no contexto da enfermagem de reabilitação (Ward, 2012).

Relativamente à prevenção de complicações, destaca-se a ausência de lesões por pressão e a manutenção da integridade cutânea, o que evidencia a eficácia das intervenções dirigidas à gestão do posicionamento, mobilidade e vigilância contínua. Estes resultados estão em consonância com as recomendações da ordem dos enfermeiros (2018), que salientam o papel dos enfermeiros na prevenção de complicações associadas à imobilidade.

No âmbito da autonomia funcional, os ganhos observados ao nível da deglutição, comunicação e tolerância ao esforço demonstram que a intervenção de reabilitação

contribui para a transição progressiva da dependência para níveis superiores de funcionalidade. Estes resultados corroboram estudos que evidenciam que a reabilitação iniciada em contexto hospitalar favorece a recuperação do autocuidado e facilita a continuidade dos cuidados após a fase aguda (Cordeiro & Menoita, 2012).

Em síntese, os resultados obtidos permitem concluir que a intervenção do EEER, mesmo em contexto neurocrítico e perante limitações inerentes ao estado clínico se traduz em ganhos funcionais relevantes e sensíveis aos cuidados prestados. Estes ganhos reforçam a necessidade de integrar a enfermagem de reabilitação de forma sistemática e precoce nas unidades de cuidados intensivos, contribuindo para melhores desfechos clínicos e funcionais da pessoa em situação crítica.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo do estágio foram vivenciadas diversas aprendizagens e experiências em contexto real de prática clínica que, articuladas com a formação académica teórica e teórico-prática, contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem de reabilitação e para a aquisição de competências inerentes ao grau de Mestre. A componente prática do estágio teve como principal finalidade a mobilização e aplicação dos conhecimentos adquiridos em contexto académico, sustentados em fundamentos teóricos e metodológicos, possibilitando a sua integração na prestação de cuidados à pessoa nos diferentes contextos de intervenção.

Paralelamente, a componente académica revelou-se fundamental para a consolidação de conhecimentos e para o desenvolvimento de capacidades técnicas, e reflexivas essenciais ao percurso formativo ao nível do mestrado em ER. Este processo formativo contribuiu igualmente para o fortalecimento do raciocínio crítico e da capacidade de reflexão sobre a prática, competências fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem fundamentados na evidência científica e orientados para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, importa clarificar que, apesar de o estágio ter proporcionado o desenvolvimento de competências na área da enfermagem de reabilitação, a reflexão apresentada neste relatório incide exclusivamente sobre as competências inerentes ao grau de Mestre. Prende-se com o facto de não se prever, a solicitação do título de Enfermeiro Especialista junto da Ordem dos Enfermeiros de Portugal, centrando-se, assim, a análise nas competências desenvolvidas no âmbito do percurso formativo do mestrado.

6.1 Competências de Mestre

No âmbito do plano de estudos do Mestrado em ER, o desenvolvimento de competências ao nível do grau de Mestre constitui um elemento fundamental do percurso formativo. De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre é conferido aos estudantes que demonstrem a aquisição de um conjunto de competências diferenciadas, nomeadamente:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e

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

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-lei n.º 65/2018).

Ao longo do curso, a aquisição de competências concretizou-se através de um percurso exigente, mas profundamente enriquecedor. Para além dos conhecimentos transmitidos, o curso potenciou um crescimento pessoal e profissional significativo, incentivando a diferenciação profissional e a consolidação de competências por meio de estudo orientado, estudo autónomo e experiências práticas. Este processo traduziu-se numa evolução progressiva e sustentada.

Durante este percurso, foi possível desenvolver competências ao nível do raciocínio clínico, permitindo uma intervenção fundamentada perante situações complexas e desafiadoras, sempre orientada pelos princípios éticos e deontológicos da enfermagem. A atuação estendeu-se à pessoa alvo de cuidados, à gestão dos cuidados e ao contexto institucional, evidenciando uma abordagem integrada e reflexiva.

A valorização da investigação em enfermagem constituiu igualmente um eixo estruturante deste percurso. A produção e sistematização de conhecimento científico, através da realização de estudos no âmbito do mestrado, contribuíram para o enriquecimento da disciplina e para a consolidação de uma prática baseada na evidência. A prática baseada na evidência assume-se como um dos pilares do conhecimento em enfermagem, permitindo validar intervenções e promover a sua disseminação.

Segundo Silva et al. (2021), apesar de os enfermeiros reconhecerem a importância da prática baseada na evidência, ainda se verifica uma limitada implementação de projetos de investigação nesta área, permanecendo a investigação em enfermagem num percurso de desenvolvimento. Os mesmos autores destacam, contudo, um crescente reconhecimento da relevância da investigação, particularmente entre profissionais com níveis mais elevados de especialização, em consonância com a necessidade de desenvolvimento contínuo de competências.

Neste enquadramento, a realização de trabalhos de investigação ao longo do curso revela-se fundamental para transformar e transferir conhecimento, ampliando o impacto da enfermagem e promovendo uma prática cada vez mais sustentada na evidência científica.

7. CONCLUSÃO

Este percurso foi marcado por vivências intensas, de alegria, medo e ansiedade. Destaco como principal ponto forte as pessoas que me acompanharam ao longo desta jornada docentes, orientadores, equipas de estágio e, sobretudo, as pessoas que tive o privilégio de acompanhar e cuidar

O espírito de equipa, a partilha e a entreaajuda revelaram-se fundamentais para ultrapassar desafios e manter a motivação. A realização do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação representou um marco de crescimento pessoal e profissional. Mais do que uma progressão académica, este percurso permitiu-me redescobrir a enfermagem com um novo olhar, reforçando a minha paixão pela profissão e consolidando uma visão mais diferenciada do cuidar.

Ao longo dos estágios, enfrentei desafios relacionados com a adaptação a diferentes contextos e sistemas de registo, tendo em conta que na minha realidade profissional o processo clínico eletrónico não se encontra implementado. Estas dificuldades iniciais foram sendo superadas com o apoio das equipas e através de um esforço contínuo de adaptação.

Como elementos facilitadores, sublinho a diversidade e complexidade das situações clínicas com que contactei, que exigiram constante atualização de conhecimentos. A proatividade na procura de saber, aliada à disponibilidade dos orientadores, permitiu consolidar competências teóricas e práticas em diferentes contextos de intervenção do EEER.

A maior dificuldade prendeu-se com a gestão simultânea do trabalho a nível pessoal e dos estágios curriculares, associada a elevados níveis de exigência pessoal. Ainda assim, o apoio e o incentivo da família, e o reconhecimento das pessoas cuidadas foram determinantes para ultrapassar momentos de maior desgaste. Este percurso culminou, inclusive, num desafio pessoal inesperado e profundamente transformador, que me ensinou, de forma muito concreta, o significado de resiliência, superação e gratidão.

A componente prática desenvolvida ao longo dos estágios proporcionou uma visão abrangente dos diferentes contextos de atuação do EEER, reforçando a importância da intervenção especializada na maximização da funcionalidade, promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida da pessoa e família.

Considero que os objetivos a que me propus foram alcançados, na medida em que este percurso potenciou a aquisição e consolidação de competências técnicas, científicas e relacionais, bem como uma reflexão sistematizada sobre a minha prática. A intervenção centrada na promoção da funcionalidade, prevenção de complicações e para promoção da qualidade de vida demonstrou um impacto significativo na prática clínica, traduzindo-se em ganhos efetivos em saúde e contribuindo para a valorização dos cuidados de ER.

Em suma, este trajeto representou uma experiência profundamente enriquecedora, que reforçou a minha essência profissional e consolidou o compromisso com a prestação de cuidados de excelência, sustentados na evidência científica, na reflexão crítica e numa relação terapêutica genuína e humanizada.

8. BIBLIOGRAFIA

Alves, C. (2015). A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Atividade Básica de Vida Diária Vestuário da pessoa com alteração da Mobilidade decorrente de Acidente Vascular Cerebral. <https://search.proquest.com/openview/8d2911628a1b2c4eea15617a58186002/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Cantante, A., Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolin, K., & Albuquerque, F. (2020). Sistemas de Saúde e Competências dos Enfermeiros em Portugal. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Conceição, M. L., Conceição, M. L., & Pimentel, P. H. R. (2021). Qualidade de vida de indivíduos pós acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. Research, Society and Development. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22746>

Cortes, A. S., Araujo, A. G. R. & de Souza, K. S. (2023). Alterações auditivas pós acidente vascular cerebral (AVC): uma revisão integrativa. Atas de Ciências da Saúde. <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2712>

Curral, L., Santos, S. (2014). Como fazer uma boa discussão de resultados. https://www.researchgate.net/profile/LuisCurral/publication/264274192_O_que_e_uma_boa_discussao_de_resultados/links/53d7d42a0cf2631430bfc4c4/O-que-e-uma-bo-discussao-de-resultados

Elew, A. N. E., Abd Alrahman, A. A. H., El Khayat, H. M. H., & Badawy, F. A. (2022). Weaning from mechanical ventilation. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*. Disponível: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=16872002&AN=156604466&h=Ya4vCzRXUI Ma04GUOnNPUpU5EEI7okONT6A54jZLc3sFoZ4fJrKxTs01D3s6oGofMeqP7CdH5%2FIS28hzXLZUw%3D%3D&crl=c>

Horta, M., Nozes, A., Paulo, C., Vilardouro, M., Marques, J., & Sousa, L. (2020). Fatores de risco de queda na pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Disponível em: <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/112>

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

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024). *Destaques*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027025&DESTAQUESmodo=2

Lei n.º 156/2015. (2015). *Diário da República: I Série, Artigo 100.º – Código Deontológico dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Maje, A. U., & Ibrahim, A. A. (2023). Effectiveness of an 8-week overground walking with paretic lower limb loading on spatiotemporal gait parameters and motor function among chronic stroke survivors: a study protocol for a randomised controlled trial. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13063-022-07057-3>

Martins, T., de Almeida Garrett, M. C. L., Ribeiro, J. L. P.. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*.

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. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

Menoita, E., Sousa, L., Pão Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência.

Neves, A. F., Figueredo, P. G. J., Costa, K. S. G., de Melo, W. C., de Souza Queiroz, J., de Freitas, J. L., ... & de Leão, D. D. S. (2021). *Fatores de risco que predispoem ao acidente vascular encefálico em idosos no Município de Augustinópolis – TO (Riskfactorsthatpredispose to accidentbrain vascular in elderlypeople in theMunicipalityof Augustinópolis – TO)*. Brazilian Journal of Development. <https://scholar.archive.org/work/b27bpaxt5ffsje4d64mvkwovae/access/wayback/https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/34053/pdf>

Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em enfermagem: Manual de ética, direito e deontologia profissional I* (Vol. 1). Instituto Politécnico de Setúbal.

OE. (2018). Padrão de Qualidade de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória*:<https://books.google.com/books?hl=ptPT&lr=&id=aDiNDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP14&dq=+Guia+orientador+de+boa+pr%C3%A1tica:+Reabilita%C3%A7%C3%A3o+respirat%C3%B3ria.+Ordem+dos+Enfermeiros.&ots=tQJDVjBcL8&sig=95jKVdndIrLHW6NtHP-JFCdj5B4>

Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de Reabilitação. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.

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

Pontes, M. M., & Santos, A. (2023). A gestão de serviços de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 89–100). Lusodidacta.

Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas profissionais dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem* [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf

Prazeres, V. M. P., Ribeiro, C. D., & Marques, G. F. S. (2021). Contributo da enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*:<http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/158>

Queiroz, J. M. V. P. (2010). *Aneurismas Cerebrais: Qualidade de Vida e Estratégias de Prevenção a Adoptar* (Master's thesis, Universidade da Beira Interior (Portugal)). [file:///C:/Users/user/Downloads/content%20\(20\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/content%20(20).pdf)

Regulamento n.º 140/2019 (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento no 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>.

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

Ribeiro, O. M. P. L. (Ed.). (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel – Edições Técnicas.

Ribeiro, R. (2023). *Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC: Contributos da enfermagem de reabilitação*. Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/29430>

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62>

Santos, M. M., & Rodrigues, G. M. (2021). Ventilação mecânica no tratamento de doenças respiratórias. *Revista LiberumAccessum*. Disponível em: <http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/71>

Schmidt, M. H., Selau, C. M., da Silva Soares, P., Franchi, E. F., Piber, V. D., & Quattrin, L. B. (2019). Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR. Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/6404>

Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V. & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/121>

Silva, J. K., & Boery, R. N. S. de O. (2017). O significado de cuidar de uma pessoa pós acidente vascular cerebral. *Avances en Enfermería*. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.61443>

Silva, J., Santos, L., Menezes, A., Neto, A., Melo, L., & Silva, F. (2021). Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, 26, e67898. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). *Tudo o que precisa de saber sobre acidente vascular cerebral (AVC)*. Raiox.

Sousa, L. M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da pessoa em processos de Transição saúde-doença. <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132>

Stevenson, V. (2010). Rehabilitation in practice: Spasticity management. *Clinical Rehabilitation* <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215509353254>

Teasell, R., Salbach, N., Acerra, N., Bastasi, D., Carter, S. L., Fung, F., ... Verrill, S. (2019). *Rehabilitation, recovery and community participation following stroke. Part one: Rehabilitation and recovery following stroke update 2019. Canadian stroke best practice recommendations*. Heart and Stroke Foundation. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1747493019897843>

Urden, L. D.; Stacy, K. M. & Lough M. E. (2008) *Enfermagem de Cuidados Intensivos Diagnóstico e Intervenção*. (5ª ed. rev.) Lusodidacta.

Vasconcelos, M. (2023). Ética em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 34–37). Lidel.

Ward, A. B. (2012). A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity. *European journal of neurology*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-1331.2011.03448.x>

West, C., Bowen, A., Hesketh, A., & Vail, A. (2008). Interventions for motor apraxia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Review*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004132.pub2>

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ... Zorowitz, R. D. (2016). *Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

Worraphan, S., Thammata, A., Chittawatanarat, K., Saokaew, S., Kengkla, K., & Prasannarong, M. (2020). Effects of inspiratory muscle training and early mobilization on weaning of mechanical ventilation: A systematic review and network meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Disponível: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999320304561>

Anexos

Anexo 1 Escala de Glasgow

Abertura ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Anexo 2 Escala de Ashworth modificada

0	Tônus muscular normal (nenhum aumento).
1	Ligeiro aumento do tônus, manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude de movimento (ADM).
1+	Ligeiro aumento do tônus, manifestado por uma tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude de movimento (ADM).
2	Aumento mais marcado do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a articulação move-se facilmente.
3	Aumento considerável do tônus muscular; movimentos passivos são difíceis.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão (movimentação passiva impossível ou muito difícil)

Anexo 3 Escala MRC- Classificação da força muscular

0	Ausência total de contração ou paralisia completa.
1	Esboço de contração visível ou palpável, mas sem movimento articular.
2	Movimento ativo completo, desde que a gravidade seja eliminada (plano horizontal).
3	Movimento ativo completo vencendo a gravidade, mas sem resistência adicional.
4	Movimento ativo contra a gravidade e com certa resistência aplicada pelo examinador.
5	Força normal; movimento contra gravidade e resistência máxima esperada

Anexo 4 Escala GUSS

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	☐ 1	☐ 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	☐ 1	☐ 0
Deglutição de saliva	☐ 1	☐ 0
• Deglutição com sucesso		
• Sialorreia	☐ 0	☐ 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	☐ 0	☐ 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	☐ 1	☐ 1	☐ 1
• Deglutição com sucesso	☐ 2	☐ 2	☐ 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
SIALORREIA			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	☐ 0	☐ 0	☐ 0
• Não	☐ 1	☐ 1	☐ 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	(20)		

Anexo 5 Formações em serviço



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

O Serviço de Pneumologia certifica que

Lucy Andrade Gomes

frequentou a acção de formação

Cuidados de Enfermagem ao doente sob Ventilação Não Invasiva

Com a duração de 3 horas e decorreu no dia 30 de abril de 2025

Lisboa, 30 de abril de 2025

**CERTIFICADO DE FORMAÇÃO**

O Serviço de Pneumologia certifica que

Lucy Andrade Gomes

frequentou a ação de formação

Terapêutica inalada -Antibióticos e mucolíticos

Com a duração de 1 hora e decorreu no dia 30 de maio de 2025

Lisboa, 30 de maio de 2025


CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

O Serviço de Pneumologia certifica que

Lucy Andrade Gomes

frequentou a acção de formação

Cuidados de Enfermagem ao doente sob Ventilação Não Invasiva – Desmame Ventilatório e preparação para a alta

Com a duração de 3 horas e decorreu no dia 7 de maio de 2025

Lisboa, 08 de maio de 2025

**CERTIFICADO DE FORMAÇÃO**

O Serviço de Pneumologia certifica que

Lucy Andrade Gomes

frequentou a ação de formação

Fármacos, dispositivos, equipamentos: o puzzle da terapêutica inalatória

Com a duração de 1 hora e decorreu no dia 5 de junho de 2025

Lisboa, 5 de junho de 2025



Anexo 6 Folheto/Poster

Prótese total do joelho -Recomendações

serviço de ortopedia

Informação para o utente
Este folheto ajuda-o a recuperar com segurança após a cirurgia ao joelho.

Cuidados com a posição do joelho após a cirurgia (ATJ)

Deitado de barriga para cima:
Mantenha o joelho totalmente esticado apoiado na cama, não coloque, rolos ou almofada por baixo do joelho.

Deitado de lado:

Mantenha a perna operada bem alinhada e com o joelho esticado.

Exercícios 8 a 10 repetições

Deitado

Deite-se de barriga para cima e mantenha a perna operada esticada.

Dobre a perna que não foi operada, apoiando o pé na cama.

Apoie bem os braços na cama e use a força dos braços para levantar o quadril.



Movimentar o tornozelo para frente e para trás

Sentado



Dobrar e esticar o joelho.



Em pé

Apoie-se numa cadeira, dobre e estique o joelho operado.



Como sair da cama (pelo lado da perna operada)

Mantenha a perna operada esticada. Dobre a perna não operada e deslize o corpo até a beira da cama. Coloque o pé da perna não operada por baixo do pé da perna operada, para ajudar a sustentar o peso. Vire o tronco e as pernas juntos, até os pés tocarem o chão. Com a perna operada esticada, use os braços e a perna boa para se levantar.



Vestir e despir a roupa

Para vestir:

Vista primeiro a perna operada. Depois vista a perna que não foi operada.

Para despir:

Faça o contrário: tire primeiro a perna não operada e depois a perna operada.

Marcha com andarilho ou canadinas

Avance primeiro o andarilho ou as canadinas. Depois, avance a perna operada, até a mesma altura do auxiliar de marcha.

Em seguida, avance a perna operada.

Para mudar de direção, vire sempre para o lado da perna não operada.

Subir escadas

Coloque primeiro a perna operada no degrau de cima. Coloque as canadinas.

Por último, suba a perna não operada.

Descer escadas

Avance primeiro as canadinas. Depois avance a perna operada. Por último, avance a perna não operada.

Reduzir risco de queda

- Não se apoie em móveis pequenos ou instáveis.
- Use sapatos fechados e antiderrapantes.
- Organize o espaço, retirando objetos para não tropeçar
- Verifique se as borrachas do auxiliar de marcha estão em bom estado.

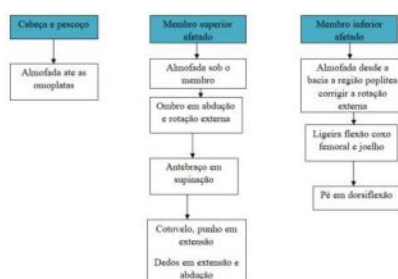
Autores

1. Lucy Gomes 2. Ana Lucia Lambuça

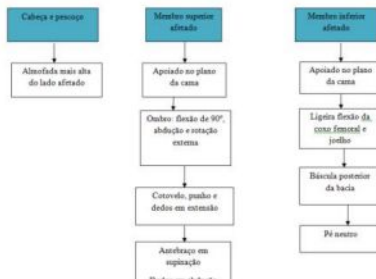
Afiliação

1. Aluna EER - Universidade de Évora, 2. EER - ULS Santa Maria SMI - Neurocríticos

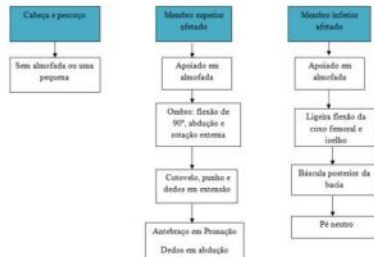
Posição dorsal



Lateral - hemicorpo comprometido



Lateral-hemicorpo não comprometido



Referência bibliográfica

Reis, R. C., Sousa, L. M., Pêr-Alves, L. & Marques-Vieira, C. (2012). Reabilitar e posicionar: duas coisas com uma. Contribuições para um envelhecimento saudável. Lousada, Portugal.

Anexo 7 Consentimento Informado

No âmbito do 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvido em associação e a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no contexto da unidade curricular de Estágio em Enfermagem de Reabilitação, encontro-me a realizar um estudo de caso, no qual venho convidá-lo(a) a participar.

Título do projeto: Promoção da Qualidade de Vida da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Explicação do projeto: Este estudo tem como objetivo avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente ao nível da autonomia funcional e capacidade de autocuidado, em pessoas com diagnóstico de AVC. A participação implica a aplicação de um plano de intervenção individualizado de reabilitação, que inclui técnicas de treino motor, , promoção do autocuidado, e prevenção de complicações.

A sua participação é voluntária e consiste em submeter-se a avaliações funcionais antes e após a intervenção e participar num programa de reabilitação adaptado às suas necessidades. A qualquer momento pode desistir, sem prejuízo para os cuidados que recebe. Os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, apenas utilizados no âmbito do relatório do estágio.

Declaração de Consentimento

Declaro que li e compreendi este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas, e concordo voluntariamente em participar neste projeto. Autorizo a utilização dos dados recolhidos, de forma confidencial e anónima, para fins exclusivos deste estágio.

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura do responsável (a): _____

Data: ____/____/2025