

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

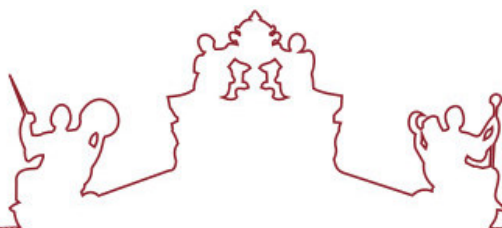
Relatório de Estágio

Programa de Reeducação da Marcha na Pessoa Adulta/Idosa com AVC

Rita Isabel Inácio Afonso

Orientador(es) | Bruno André Magalhães Ferreira

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

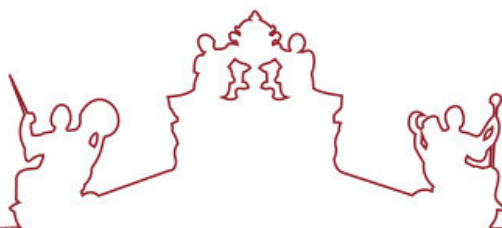
Relatório de Estágio

Programa de Reeducação da Marcha na Pessoa Adulta/Idosa com AVC

Rita Isabel Inácio Afonso

Orientador(es) | Bruno André Magalhães Ferreira

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		Carlos Manuel Leitão Maia (Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)
Vogais		Bruno André Magalhães Ferreira (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador) Florbela Bia (Universidade de Évora) Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

A todos os Professores do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde da Universidade de Évora, pela transmissão de conhecimento em Enfermagem, em especial ao Professor Bruno Ferreira, pela orientação pedagógica e por todo o apoio e disponibilidade constante.

Aos enfermeiros de todos os serviços, especialmente os enfermeiros orientadores que me acompanharam e estiveram presentes nesta jornada.

Ao meu Pai que será sempre a minha estrelinha, a minha força a quem lhe devo toda a inspiração e resiliência que com ele aprendi, à minha mãe por todos os ensinamentos, apoio e dedicação durante este percurso, grata por todo o carinho.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos por todo o apoio e motivação durante esta etapa.

Ao meu namorado, Ricardo por toda a dedicação, paciência, amor incondicional, companheirismo, por todo o apoio e conselhos preciosos, por me fazer acreditar que sou capaz, mesmo nos momentos mais difíceis, foste o meu pilar durante todo o processo.

Aos amigos de sempre, aos colegas, por todo o apoio e motivação durante a minha caminhada, em especial às minhas companheiras e amigas Carolina e Manuela que me acompanharam nesta jornada.

RESUMO

Introdução: A reabilitação é um processo dinâmico que promove a recuperação física, psicológica e social da pessoa com incapacidade. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel essencial, através de intervenções que previnem complicações, estimulam funções motoras e cognitivas e favorecem a independência no autocuidado e na vida comunitária. O início precoce da reabilitação aumenta a probabilidade de recuperação.

Objetivo: Elaborar e implementar um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação na pessoa adulta/idosa com AVC com compromisso na marcha, capacitando-a e identificando os ganhos sensíveis da intervenção do EEER.

Metodologia: Estudo descritivo, com metodologia de estudo de caso, aplicado à pessoa adulta/idosa com AVC e compromisso na marcha, baseado no Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem e na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Resultados: A reeducação da marcha promove melhoria funcional e capacitação da pessoa.

Conclusão: A intervenção do EEER melhorou a independência, mobilidade e qualidade de vida, facilitando a reintegração na comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Pessoa Adulta/Idosa; Marcha

GAIT REEDUCATION PROGRAM IN ADULT/ELDERLY INDIVIDUALS WITH STROKE

ABSTRACT

Introduction: Rehabilitation is a dynamic process that promotes the physical, psychological, and social recovery of individuals with disabilities. The Rehabilitation Nurse Specialist (RNS) plays an essential role through interventions that prevent complications, stimulate motor and cognitive functions, and promote independence in self-care and community life. Early initiation of rehabilitation increases the likelihood of recovery.

Objective: To develop and implement a Rehabilitation Nursing intervention plan for adult/elderly individuals with stroke and impaired gait, empowering them and identifying the outcomes sensitive to RNS intervention.

Methodology: A descriptive study using a case study methodology, applied to adult/elderly individuals with stroke and impaired gait, based on Dorothea Orem's Self-Care Model and Afaf Meleis' Transitions Theory.

Results: Gait re-education promotes functional improvement and enhances patient empowerment.

Conclusion: RNS intervention improved independence, mobility, and quality of life, facilitating reintegration into the community.

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Stroke; Adult/Elderly Person; Gait

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACM – Artéria Cerebral Média
ACP – Artéria Cerebral Posterior
AIT – Acidente Isquémico Transitório
APA – *American Psychological Association*
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diária
BAV – Bloqueio Atrioventricular
CE – Crânioencefálico
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DALYS – *Disability-Adjusted Life Years*
DGS – Direção-Geral da Saúde
DLP – Dislipidemia
DM – Diabetes Mellitus
DRC – Doença Renal Crónica
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EE – Enfermeiro Especialista
EEB – Escala de Equilíbrio de Berg
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EIB – Escala Índice de Barthel
EQVW – Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-100
ER – Enfermagem de Reabilitação
FA – Fibrilhação Auricular
FAC – Categorias Funcionais da Marcha
FM – Força Muscular
HTA – Hipertensão Arterial
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
LDL- *Low-Density Lipoprotein*
MI – Membro Inferior
MMII – Membros Inferiores
MMSE – *Mini-Mental State Examination*
MMSS – Membros Superiores
MRC – *Medical Research Council*
MS – Membro Superior
mRs – Escala de Rankin Modificada

NER – Núcleo de Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – *Organization for Economic Co-operation and Development*

OMS – Organização Mundial da Saúde

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

TUG – *Timed Up and Go*

YLLS – *Years of Life Lost*

YLLS – *Years Lived with Disability*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	14
2. CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	17
2.1. JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	18
2.1.1. ESTÁGIO VERTENTE CARDIORRESPIRATÓRIA	19
2.1.2. ESTÁGIO VERTENTE MUSCULO-ESQUELÉTICA	19
2.1.3. ESTÁGIO VERTENTE NEUROLÓGICA	20
2.1.4. ESTÁGIO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	20
3. PROBLEMÁTICA DO AVC	22
3.1. EPIDEMIOLOGIA	22
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO AVC	24
3.3. CLASSIFICAÇÃO DO AVC	24
3.4. FATORES DE RISCO PARA AVC	25
3.4.1. Fatores de Risco AVC modificáveis	25
3.4.2. Fatores de Risco AVC não modificáveis	26
3.5. TERRITÓRIOS VASCULARES AFETADOS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO AVC	27
3.6. PROGNÓSTICO DO AVC	29
3.7. ALTERAÇÕES MOTORAS APÓS O AVC	31
4. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	33
4.1. DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	33
4.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS	35
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO – REEDUCAÇÃO DA MARCHA NA PESSOA ADULTA/IDOSA COM AVC	37
5.1. METODOLOGIA	37
5.2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	38
5.3. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS	39
5.4. POPULAÇÃO-ALVO	39
5.5. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS	40
5.6. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	42
6. PROTOCOLO DE REVISÃO ESCOPO: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DIRECIONADAS À DEAMBULAÇÃO EM PESSOAS COM AVC EM INTERNAMENTO	44
7. PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO DA MARCHA NA PESSOA ADULTA/IDOSA COM AVC	45
7.1. OBJETIVOS DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	54
7.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	54
7.2.1. ESTUDO DE CASO 1- P1	55
7.2.2. ESTUDO DE CASO 2- P2	57

7.2.3.	ESTUDO DE CASO 3- P3	59
7.2.4.	ESTUDO DE CASO 4- P4	62
7.2.5.	ESTUDO DE CASO 5- P5	64
8.	RESULTADOS	65
9.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	83
10.	ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	86
10.1.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA (REGULAMENTO Nº 140/2019).....	86
10.1.1.	Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	86
10.1.2.	Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	88
10.1.3.	Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	90
10.1.4.	Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	91
10.2.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (REGULAMENTO Nº392/2019).....	92
10.2.1.	Competência J1: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.”.....	93
10.2.2.	Competência J2: “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.”	94
10.2.3.	Competência J3: “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”	97
10.3.	COMPETÊNCIAS DE MESTRE (DECRETO-LEI Nº 65/2018).....	98
11.	CONCLUSÃO	100
12.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
13.	APÊNDICES	108
	APÊNDICE I- CONSENTIMENTO INFORMADO	109
	APÊNDICE II- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	112
	APÊNDICE III- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS PARA REGISTO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA	114
	APÊNDICE IV- PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO DOENTE ORTOPÉDICO”	116
	APÊNDICE V- PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO DOENTE HOSPITALIZADO”	127
	APÊNDICE VI- FOLHETO INFORMATIVO “DOENÇAS RESPIRATÓRIAS OBSTRUTIVAS”	139
	APÊNDICE VII- FOLHETO INFORMATIVO “DOENÇAS RESPIRATÓRIAS RESTRITIVAS”	142
	APÊNDICE VI- FOLHETO INFORMATIVO “VAI COLOCAR PRÓTESE TOTAL DA ANCA?”	145
14.	ANEXOS.....	148
	ANEXO I- PARECER FAVORÁVEL COMISSÃO ÉTICA.....	149
	ANEXO II- ESCALA DE MINI MENTAL STATE EXAMINATION	154

ANEXO III- ESCALA DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL.....	156
ANEXO IV- ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG.....	158
ANEXO V- A ESCALA DE ÍNDICE DE BARTHEL.....	162
ANEXO VI- ESCALA CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA	166
ANEXO VII- ESCALA <i>TIMED UP AND GO</i>	168
ANEXO VIII- ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA DA DOR.....	170
ANEXO IX- ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-100	172

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Número de casos de AVC por 100 mil habitantes	22
Figura 2- Gráfico sobre desempenho dos participantes FAC.....	70
Figura 3- Gráfico sobre desempenho dos participantes nos testes TUG	71
Figura 4- Gráfico sobre desempenho dos participantes na EEB.....	73
Figura 5- Gráfico sobre análise dos resultados da escala IB	75
Figura 6- Gráfico sobre análise dos resultados da escala MRC	77
Figura 7- Gráfico sobre relação dos resultados após Whoqol-100 inicial e final	80
Figura 8- Gráfico sobre relação dos resultados da Dor em cada sessão de intervenção.....	82

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Territórios Vasculares e manifestações clínicas AVC Isquémico	27
Quadro 2- Principais quadros clínicos dos AVC hemorrágicos	28
Quadro 3- Escala de Rankin Modificada (mRS)	30
Quadro 4- Seis padrões motores clássicos pós-AVC	31
Quadro 5- Exercícios e Intervenções Terapêuticas	47
Quadro 6- Características dos participantes	66
Quadro 7- Análise de resultados da Escala <i>MMSE</i>	69
Quadro 8- Análise de resultados da Escala FAC e teste <i>TUG</i>	70
Quadro 9- Análise de resultados da EEB	72
Quadro 10- Análise de resultados da Escala IB	74
Quadro 11- Análise de resultados da Escala MRC	76
Quadro 12- Análise de resultados da Escala Whoqol-100	79
Quadro 13- Análise de resultados de Escala Numérica da Dor	81

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular “Relatório Final de Estágio de Enfermagem de Reabilitação”, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Évora, tendo por base o percurso desenvolvido numa Unidade Local de Saúde da região do Alentejo, nos serviços de Medicina e Ortopedia de um hospital nessa mesma Unidade de Saúde e posteriormente numa Unidade de Cuidados na Comunidade, também localizada na região do Alentejo.

Este trabalho foi desenvolvido ao longo dos estágios realizados nos diferentes contextos clínicos, cardiorrespiratório, músculo-esquelético e neurológico e, mais do que se centrar genericamente na implementação de exercícios e técnicas, assentou na avaliação das necessidades da pessoa, no planeamento e implementação de estratégias de enfermagem de reabilitação e na reavaliação contínua dos resultados, com ajuste do plano em função da evolução funcional e da promoção da independência e autonomia.

O presente relatório tem como foco principal a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] na reeducação funcional da marcha em pessoas com Acidente Vascular Cerebral [AVC]. A escolha da temática está relacionada ao fato de ser uma área específica do meu contexto profissional diário e sempre me despertou interesse pelo trabalho diário com utentes com défices sensórios e motores com lesões cerebrais e sobretudo, pelo aumento da incidência do AVC na sociedade e o impacto incapacitante que este causa, tanto para a pessoa como para sua família.

Este relatório constitui um exercício de integração de conhecimentos teóricos e práticos, análise crítica da prática e reflexão fundamentada sobre o percurso formativo realizado nos estágios de especialização em enfermagem de reabilitação, cuja finalidade formativa visa a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER e competências de mestre, com pressuposto final na obtenção do título de EEER e do grau de mestre em Enfermagem.

A atribuição do grau de mestre depende da demonstração da capacidade de integração de conhecimentos, da reflexão sobre implicações e responsabilidades, e da comunicação clara e objetiva dos resultados, segundo Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021).

Nesse sentido, o relatório funciona como instrumento essencial de avaliação dos processos de aprendizagem, permitindo analisar criticamente o percurso efetuado, integrar esses conhecimentos e refletir sobre as competências desenvolvidas através da planificação, implementação e avaliação das intervenções.

Os estágios, enquanto momentos de aprendizagem, foram desenvolvidos em contexto hospitalar e posteriormente em contexto na comunidade, transmitindo conhecimentos em

diferentes contextos da prática clínica. Os objetivos de aprendizagem definidos passaram por:

- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;
- Implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações de mobilidade e maximização de autonomia e qualidade de vida;
- Diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos de origem traumática, ortopédicos e ortotraumatológicos;
- Capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação, para a reinserção e exercício de cidadania;
- Desenvolver programas de treino de atividades de vida diária [AVD] e de utilização de ajudas técnicas;
- Gerir os cuidados, e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Participar em visitas domiciliárias, identificando barreiras ambientais e propondo adaptações que promovam a segurança e a independência;
- Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

De referir, que com o presente trabalho, consegui fazer um enquadramento teórico, em que faço uma caracterização dos locais de estágio e da problemática abordada, o Acidente Vascular Cerebral. Tendo por base a capacitação da pessoa para a autonomia e autocuidado, o projeto foi baseado pelo Modelo Teórico de Autocuidado de Dorothea Orem e Teoria de Transição de Afaf Meleis.

O objetivo do estudo foi avaliar o contributo da atuação do EEER na pessoa com AVC com compromisso na capacidade para andar através de um programa de Reeducação da Marcha na Pessoa Adulta/Idosa com AVC.

Como objetivos específicos pretendo:

- Elaborar e implementar um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação na pessoa adulta/idoso com AVC com compromisso na capacidade para andar;
- Capacitar e empoderar a pessoa adulta/idoso com AVC para andar e/ou usar técnica de adaptação para andar;

Identificar os ganhos sensíveis da intervenção do EEER na pessoa adulta/idoso com AVC com compromisso na capacidade para andar.

Os dados são referentes a uma amostra não probabilística com 5 participantes sujeitos à avaliação dos seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Mini Mental State Examination [MMSE]; Escala de Medical Research Council [MRC]; Escala de Equilíbrio de

Berg [EEB], Escala Índice de Barthel [EIB]; Categorias Funcionais de Marcha [FAC]; Teste Timed up and Go [TUG] e Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-100 [EQVW].

Relativamente à estrutura do relatório, após a presente introdução, segue-se a contextualização e caracterização dos locais de estágio, o enquadramento conceptual da problemática em estudo, com base na revisão da literatura realizada, de forma a contextualizar e fundamentar a temática em estudo, bem como o papel do EEER em contexto de reabilitação. De seguida, de forma a fundamentar as intervenções de enfermagem de reabilitação durante o estágio, é abordado o modelo teórico de Enfermagem de Dorothea Orem, e de Transição de Afaf Meleis, o qual será descrito e analisado, funcionando como suporte para o desenvolvimento do relatório. Posteriormente será realizada a apresentação dos objetivos, bem como descrição, análise e reflexão do plano de intervenções que possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER. Por último, as considerações finais que retratam a relevância da temática nos dias de hoje e os principais contributos desenvolvidos com a implementação do presente relatório, seguindo-se as referências bibliográficas consultadas para a sua elaboração e por fim os apêndices dos trabalhos desenvolvidos em estágio curricular.

Note-se ainda que o presente trabalho foi elaborado segundo as diretrizes da American Psychological Association [APA] (2020), sétima edição, e formatado segundo as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Os locais de estágio selecionados integram uma Unidade Local de Saúde situada na região do Alentejo, que engloba unidades hospitalares e estruturas de cuidados de saúde primários, assegurando uma resposta integrada à população da sua área de influência. Esta entidade rege-se pelo diploma da sua criação, pelos seus estatutos, regulamento interno e pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, enquadrando-se no Serviço Nacional de Saúde. Ao longo do seu percurso, sofreu alterações na sua designação e organização, refletindo processos de reestruturação recentes no sistema de saúde, com vista à melhoria da articulação entre níveis de cuidados.

A sua missão centra-se na prestação de cuidados de saúde integrados, personalizados e de proximidade, garantindo respostas adequadas, de qualidade, atempadas e tecnicamente rigorosas, com respeito pela dignidade da pessoa. Este modelo organizacional privilegia a acessibilidade e a continuidade de cuidados, procurando reduzir a necessidade de deslocações e promovendo uma resposta ajustada às necessidades da população.

A unidade hospitalar onde decorreram os estágios dispõe de capacidade de internamento e de hospitalização domiciliária, bem como de diferentes valências assistenciais, incluindo serviço de urgência, unidades de observação e serviços de internamento em áreas médicas e cirúrgicas. Integra ainda estruturas diferenciadas, como unidades funcionais e respostas assistenciais recentes, que visam melhorar a acessibilidade e a eficiência dos cuidados prestados.

Este contexto apresenta características particularmente relevantes para a Enfermagem de Reabilitação, permitindo a intervenção em diferentes domínios, nomeadamente cardiorrespiratório, músculo-esquelético e neurológico. A diversidade de situações clínicas e a complexidade dos casos acompanhados constituem um suporte fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas, adequadas ao tema do presente relatório (ULSNA, 2024).

O hospital onde foram realizados os estágios, apresenta-se atualmente com uma capacidade de 88 camas de internamento hospitalar e 22 camas de Hospitalização Domiciliária (Urbano, 2022).

Em 2024, a criação do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação [NER] da Unidade Local de Saúde, constituiu um elemento facilitador do percurso de estágio, ao potenciar a presença do EEER nos serviços, a supervisão especializada em contexto clínico e a implementação mais sistematizada de intervenções de enfermagem de reabilitação.

Este segmento merece maior valorização analítica, pois a criação do NER não se limita a uma estrutura formal: influenciou diretamente a qualidade dos contextos de aprendizagem, ao garantir a presença efetiva dos EEER nos serviços; influenciou a viabilidade do desenvolvimento de competências especializadas, criando condições estruturais para

intervenções sistematizadas de ER e potenciou a supervisão especializada no contexto clínico real.

Concretamente, o NER favoreceu a integração da Enfermagem de Reabilitação (ER) nos serviços, ao promover intervenções especializadas de forma rotineira e articulada com os cuidados gerais; reforçou a pertinência do contexto para o desenvolvimento do projeto, ao viabilizar a aplicação prática das competências específicas; e garantiu orientação direta por parte dos EEER junto dos estagiários e equipas. Apesar de recente e em fase de consolidação de recursos humanos, representa um avanço estrutural decisivo para a formação especializada e a qualidade dos cuidados de reabilitação no hospital.

Por último, foi realizado um estágio, em contexto domiciliário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade localizado na região do Alentejo. As Unidades de Cuidados na Comunidade asseguram a prestação de cuidados de saúde, bem como apoio psicológico e social, tanto no domicílio como na comunidade. A sua intervenção dirige-se sobretudo a pessoas, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade, risco, dependência física ou funcional, ou que necessitem de um acompanhamento de proximidade devido à doença. Além disso, desenvolvem ações de promoção e educação para a saúde, incentivam a integração em redes de apoio familiar e promovem a implementação de unidades móveis de intervenção junto da comunidade.

2.1. JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A escolha dos locais de estágio fundamentou-se em critérios de natureza formativa e organizacional, considerando o interesse na área de especialização e a disponibilidade dos serviços para o acolhimento de estudantes em contexto de estágio. Cada serviço foi selecionado pela sua relevância específica para o desenvolvimento de diferentes vertentes da Enfermagem de Reabilitação, permitindo o contacto com distintos perfis funcionais e necessidades de reabilitação.

Relativamente às áreas de desenvolvimento de competências, o estágio de Enfermagem de Reabilitação na vertente Cardiorrespiratória decorreu num dos serviços de Medicina, atendendo maioritariamente pessoas com patologia respiratória e cardiovascular, o que favoreceu a intervenção na otimização da função cardiorrespiratória e da tolerância ao esforço. A vertente Ortopédica decorreu no Serviço de Ortopedia, possibilitando a reabilitação de pessoas com fraturas, artroplastias e outras condições músculo-esqueléticas, focalizada na recuperação da mobilidade, força e autonomia nas atividades de vida diária. A vertente Neurológica teve lugar no serviço de Medicina, contexto com elevada prevalência de pessoas com AVC e outras patologias neurológicas, assumindo particular centralidade para o desenvolvimento do projeto pela complexidade das alterações funcionais e pela necessidade de programas de reabilitação estruturados e prolongados. O conjunto destes

três contextos permitiu uma formação abrangente, progressiva e articulada, assegurando o desenvolvimento de competências em diferentes domínios da reabilitação e sustentando a construção de um programa de intervenção coerente com as exigências da especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

2.1.1. ESTÁGIO VERTENTE CARDIORRESPIRATÓRIA

O primeiro estágio, referente à vertente Cardiorrespiratória, realizou-se num dos serviços de Medicina, no período de 22 de abril a 20 de junho de 2025.

O serviço, com 15 camas, é composto por uma equipa multidisciplinar que inclui 3 EEER, 1 enfermeiro coordenador e 9 técnicas auxiliares de saúde [TAS], dispondo de recursos essenciais para ER como camas articuladas, dispositivos de Reabilitação Funcional Respiratória (inspirómetro, acapella), faixas elásticas, andarilhos e cadeira de banho adaptada.

O perfil clínico-funcional predominante caracteriza-se por pessoas com patologias respiratórias (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, infeções respiratórias, etc), doenças crónicas cardiovasculares e diabetes, apresentando défices de tolerância ao esforço, dispneia, risco de complicações respiratórias e comprometimento da mobilidade e autocuidado.

Os principais focos de intervenção de ER neste contexto, foram a reeducação respiratória, treino de marcha e transferências seguras, promoção da autonomia nas atividades de vida diária e prevenção da síndrome de imobilidade, aproveitando o potencial do serviço para avaliação funcional sistemática e intervenção precoce em contexto de internamento prolongado. Este contexto permitiu desenvolver competências na avaliação funcional respiratória, no planeamento de intervenções dirigidas à otimização ventilatória e na promoção da mobilidade segura em pessoas com compromisso cardiorrespiratório.

2.1.2. ESTÁGIO VERTENTE MUSCULO-ESQUELÉTICA

O segundo estágio, referente à vertente Músculo-Esquelética, realizou-se no Serviço de Ortopedia, de 15 de setembro a 31 de outubro de 2025.

O serviço, localizado no 2.º andar com capacidade para 18 camas, conta com uma equipa multidisciplinar de 6 médicos ortopedistas, 15 enfermeiros (incluindo 2 EEER), 6 TAS e colaboração com Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, dispondo de recursos essenciais para ER como ajudas técnicas de mobilidade (cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas), equipamentos de reeducação funcional (artromotores, pesos, elásticos) e camas ajustáveis com trapézio.

O perfil clínico-funcional predominante caracteriza-se por pessoas idosas (idade superior a 65 anos) submetidas a artroplastias de anca/joelho e fraturas de fêmur/tíbia por

quedas, apresentando dor pós-operatória intensa, limitação grave da mobilidade, dependência nas transferências e atividades de vida diária, com necessidade de trombopprofilaxia e risco acrescido de complicações associadas à imobilidade.

Os principais focos de intervenção de ER foram o controlo da dor, treino precoce de mobilidade e transferências, fortalecimento muscular, reeducação da marcha com ortóteses, promoção da autonomia nas AVD e prevenção de complicações pós-operatórias (trombose, contraturas), explorando o potencial do serviço para reabilitação ortopédica intensiva em fase aguda e intermédia, com supervisão multidisciplinar direta.

2.1.3. ESTÁGIO VERTENTE NEUROLÓGICA

O terceiro estágio, referente à vertente Neurológica, realizou-se no outro serviço de Medicina, no período de 3 de novembro de 2025 a 23 de janeiro de 2026.

O serviço, com capacidade para 28 camas, dispõe de uma equipa multidisciplinar que inclui 1 EEER, 6 enfermeiros especialistas noutras áreas, 23 enfermeiros, 9 médicos e 8 TAS, bem como recursos essenciais para ER como ajudas técnicas de mobilidade (andarilhos, grua de transferência, cadeira de banho), equipamentos de reeducação funcional (faixas elásticas, halteres, pedaleira) e materiais de apoio ao autocuidado (cabos engrossadores de talheres, calçadeira longa).

O perfil clínico-funcional predominante caracteriza-se por pessoas com Acidente Vascular Cerebral, outras patologias neurológicas e condições crónicas, apresentando hemiparesia/hemiplegia, défices sensoriais, alterações cognitivas, comprometimento severo da mobilidade, dependência nas atividades de vida diária e risco de complicações associadas à imobilidade prolongada.

Os principais focos de intervenção de ER foram a avaliação funcional neurológica, treino de força muscular, reeducação da marcha e transferências, estimulação cognitiva e sensorial, promoção da autonomia nas AVD e prevenção de complicações secundárias (contraturas, úlceras de pressão), aproveitando o potencial do serviço para intervenções de reabilitação intensiva e prolongada em contexto neurológico, central ao projeto.

2.1.4. ESTÁGIO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

O quarto estágio, referente à vertente domiciliária, tal como referido anteriormente, realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade, no período de 18 de maio de 2026 a 19 de junho de 2026.

Esta unidade de saúde implementa atividades de acordo com a estratégia orientadora dos três eixos de intervenção, que são o Plano Nacional de Saúde Escolar, os Cuidados Continuados (Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa de

Coordenação Local) e a Intervenção na Comunidade (Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Intervenção Precoce). Participa, também, nos Projetos de Intervenção Comunitária, assegurando o Atelier de Saúde, na Academia Sénior de Estremoz, o projeto de Envelhecimento Ativo, o da Prevenção de Quedas, o projeto “Capacitar Reabilitando”, no âmbito dos doentes com Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, o projeto “Barrigas à Conversa” e tem ainda um Banco de Produtos de Apoio, assim como integra a comemoração de efemérides.

Esta unidade garante a prestação de cuidados no domicílio, incluindo assistência médica, de enfermagem, reabilitação e apoio social, dirigidos a pessoas com dependência funcional, em fase terminal de doença ou em período de convalescença. Destina-se a utentes que dispõem de uma rede de suporte social, não necessitam de internamento hospitalar, mas apresentam limitações que lhes impedem a deslocação autónoma para receber os cuidados de que necessitam.

A Unidade de Cuidados na Comunidade é formada por uma equipa multidisciplinar, integrada por seis enfermeiros (incluindo 1 EEER), uma assistente técnica, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma terapeuta da fala, uma nutricionista e dois terapeutas ocupacionais, duas técnicas de Serviço Social, bem como, o apoio de Medicina Geral e Familiar. Os profissionais desta Unidade encontram-se envolvidos simultaneamente em diversos projetos e áreas de atuação.

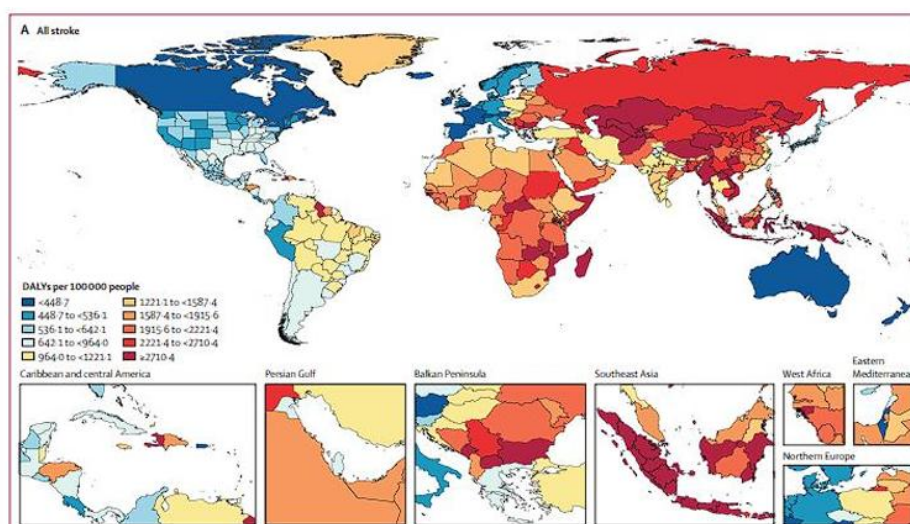
Este campo de estágio, permitiu compreender melhor o funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade e o papel do enfermeiro na comunidade, valorizando a proximidade com os utentes e as suas famílias, a prevenção da doença, a promoção da saúde e a continuidade dos cuidados no domicílio. Esta experiência reforçou a importância de uma abordagem holística e da articulação entre os diferentes profissionais de saúde para garantir cuidados de qualidade.

3. PROBLEMÁTICA DO AVC

3.1. EPIDEMIOLOGIA

Em 2019, estimaram-se aproximadamente 12,2 milhões de casos incidentes de AVC, 101 milhões de casos prevalentes e 6,55 milhões de mortes por AVC em todo o mundo (Feigin et al., 2021). O AVC permanece, nas últimas décadas, como uma das principais causas de morte e incapacidade a nível mundial, sendo atualmente a segunda causa de morte e uma das principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (Feigin et al., 2021; Johnson et al., 2023).

Figura 1- Número de casos de AVC por 100 mil habitantes



Fonte: [thelancet.com/neurology](https://www.thelancet.com/neurology) Vol 20 Outubro 2021

O AVC apresenta uma prevalência de 101 milhões de casos no mundo, responsável por 143 milhões de Disability-Adjusted Life Years (DALYs), indicador que integra a mortalidade prematura (Years of Life Lost - YLLs) e os anos vividos com incapacidade (Years Lived with Disability - YLDs) associada à doença. (Caeiro, 2024).

Embora as taxas de incidência e mortalidade padronizadas por idade tenham diminuído em muitos países, o número absoluto de casos e mortes por AVC aumentou, em grande parte devido ao crescimento e envelhecimento populacional, resultando num maior número de pessoas a viver com sequelas incapacitantes que reforçam a pertinência da reabilitação após AVC (Feigin et al., 2021; Johnson et al., 2023).

Na Europa, análises recentes dos dados do *Global Burden of Disease* mostram que, entre 2010 e 2019, o número de novos casos de AVC aumentou cerca de 2%, enquanto a prevalência e a mortalidade cresceram aproximadamente 4% e 6%, respetivamente (Figura 1). No mesmo período, as taxas de incidência e mortalidade padronizadas por idade

diminuíram cerca de 15–18%, indicando que, apesar de mais pessoas sofrerem AVC, a probabilidade de morte por essa causa numa dada idade tem diminuído (Feigin et al., 2024).

Estes dados reforçam a persistência do AVC como problema estrutural de saúde pública na Europa, com impacto significativo na morbilidade, mortalidade e incapacidade, sublinhando a necessidade de estratégias integradas de prevenção, tratamento agudo e reabilitação prolongada.

Relatórios de organizações europeias estimam que ocorram cerca de 1,1 milhões de AVC por ano na Europa, com aproximadamente 10 milhões de pessoas a viver com sequelas a longo prazo, representando um importante encargo em termos de DALYs e de custos económicos (Stroke Alliance for Europe, 2024; European Stroke Organisation & Stroke Alliance for Europe, 2024).

Estas sequelas a longo prazo, caracterizadas por défices motores, cognitivos e funcionais sublinham a necessidade de intervenção reabilitativa precoce, continuada e especializada, particularmente na recuperação da mobilidade, reeducação da marcha e promoção da autonomia nas atividades de vida diária, áreas centrais da prática do EEER.

Em Portugal, o AVC continua a ser uma das principais causas de mortalidade, a par da doença isquémica cardíaca, mantendo-se como causa de morte de topo apesar das melhorias nos cuidados de saúde (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2025; Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Deste modo, o AVC a nível funcional, representa igualmente uma das principais causas de incapacidade, dependência e necessidade de cuidados de reabilitação a longo prazo, particularmente na recuperação da marcha, mobilidade e autonomia nas AVD, justificando a intervenção especializada do EEER.

Os dados mais recentes indicam que o AVC representa uma causa relevante de mortalidade por doença cardiovascular e contribui significativamente para a carga de incapacidade na população adulta portuguesa (OECD, 2025; Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Estudos nacionais observacionais em contexto hospitalar têm demonstrado uma elevada incidência de AVC agudo e taxas de mortalidade a 30 dias que, embora em redução, ainda se situam acima da média de alguns países da OCDE, o que reforça a necessidade de continuar a investir em prevenção e organização dos cuidados (Oliveira et al., 2025; OECD, 2025).

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO AVC

O Acidente Vascular Cerebral é caracterizado como um déficit neurológico súbito, de origem vascular, que resulta de uma interrupção ou rutura do fluxo sanguíneo cerebral, provocando morte celular e perda de função neurológica. Clinicamente, distingue-se do Acidente Isquémico Transitório [AIT] pela duração do déficit e/ou pela evidência de lesão tecidual em exames de imagem (Feigin et al., 2022). O AIT define-se como uma alteração transitória da perfusão de determinada região, em que os sinais neurológicos estão presentes durante um curto espaço de tempo. A instalação dos sintomas é súbita, sendo a recuperação progressiva, podendo estar completa ao longo de minutos ou horas, até um tempo máximo de 24 horas (Pimentel & Ferro, 2006).

3.3. CLASSIFICAÇÃO DO AVC

O metabolismo do sistema nervoso depende exclusivamente do fluxo sanguíneo, uma vez que o tecido nervoso não possui reservas energéticas significativas. Assim, as células nervosas mantêm o seu funcionamento normal através do fornecimento contínuo de oxigénio e glicose provenientes do sangue. A interrupção ou o fornecimento inadequado de sangue a uma determinada área do cérebro provoca uma redução do fluxo sanguíneo local, resultando na diminuição ou cessação completa da atividade funcional dessa região cerebral. Se este processo isquémico se prolongar, pode desencadear lesão irreversível com necrose neuronal e consequentes sequelas neurológicas permanentes, que frequentemente se manifestam como incapacidade grave ou óbito (Pimentel & Ferro, 2006).

Existem várias classificações para o AVC, sendo a mais utilizada aquela baseada no critério etiológico. Assim, o AVC divide-se fundamentalmente em isquémico e hemorrágico. Estima-se que aproximadamente 87% dos casos sejam de natureza isquémica, 10% correspondam a hemorragia intracerebral e apenas 3% a hemorragia subaracnoide (Pimentel & Ferro, 2006).

O AVC isquémico, mais prevalente (cerca de 80% dos casos), subclassifica-se em trombótico (obstrução local por aterosclerose e formação de trombos em artérias de maior calibre), embólico (oclusão por êmbolos geralmente de origem cardíaca, como em Fibrilhação Auricular [FA] ou enfarte agudo do miocárdio [EAM]) e lacunar (oclusão de pequenos vasos penetrantes associada a hipertensão arterial [HTA] não controlada) (Pimentel & Ferro, 2006; Menoita et al., 2012).

O AVC hemorrágico, menos frequente, (representando cerca de 10% dos casos) mas geralmente mais grave com piores desfechos iniciais, resulta de rutura vascular com extravasamento sanguíneo para o tecido cerebral, distinguindo-se em intracerebral (associada a HTA e arteriosclerose), parenquimatosa (nos pequenos vasos perfurantes) e subaracnoídea (relacionada com aneurismas e malformações vasculares),

afetando preferencialmente populações mais jovens (Greenberg et al., 2022; Menoita et al., 2012).

3.4. FATORES DE RISCO PARA AVC

Consideram-se fatores de risco, as características ou condições presentes no indivíduo ou grupo de pessoas, que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de uma doença ou condição específica. Os fatores de risco podem surgir isoladamente ou em associação, aumentando a magnitude do potencial nefasto. A associação entre diferentes fatores de risco pode amplificar o seu impacto devido ao efeito multiplicativo, o efeito sinérgico e o aumento da vulnerabilidade (Boehme et al., 2017).

Os fatores de risco para o AVC dividem-se em modificáveis (controláveis por intervenção) e não modificáveis (inerentes ao indivíduo).

3.4.1. Fatores de Risco AVC modificáveis

- **Hipertensão Arterial-** A HTA definida como elevação crónica da pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, constitui o fator de risco modificável mais potente para AVC, presente em 70% dos casos e responsável por 51% da carga global atribuível (Feigin et al., 2025). Provoca lesão endotelial progressiva nas artérias cerebrais, favorecendo aterosclerose, hipertrofia da parede vascular e rutura de pequenos vasos penetrantes. Cada 20/10 mmHg acima de 115/75 mmHg duplica o risco; no AVC hemorrágico explica 80% dos casos (Campbell et al., 2023);
- **Diabetes mellitus-** A Diabetes Mellitus [DM], grupo de distúrbios metabólicos caracterizado por hiperglicemia crónica devido a défice absoluto ou relativo de insulina, eleva risco de AVC em 1,5-2 vezes por aterosclerose acelerada e microangiopatia. HbA1c $>7\%$ associa-se a maior incidência de AVC lacunar. Hiperglicemia danifica endotélio, induz inflamação e plaquetas hiper-reativas. Controlo glicémico (HbA1c $<7\%$) reduz recorrência em 15-20% (R. Chen et al., 2016);
- **Dislipidemia-** A Dislipidemia [DLP], alteração anormal na concentração dos lipídeos séricos com *Low-Density Lipoprotein* [LDL] >100 mg/dl, duplica risco aterotrombótico por formação de placas em carótidas e artérias intracranianas. Cada 39 mg/dL de LDL adicional aumenta risco em 25%. Estatinas intensivas reduzem recorrência em 21%; *High-Density Lipoprotein* <40 mg/d agrava prognóstico independentemente do LDL (Roth et al., 2023);
- **Tabagismo-** O tabagismo, exposição crónica aos >7000 químicos tóxicos do fumo por inalação ativa/passiva, multiplica risco por 2 a 4 vezes através de

vasoconstrição, agregação plaquetária aumentada e aterosclerose acelerada. Duplica o risco hemorrágico por fragilização vascular. Cessação tabágica reduz o risco em 50% durante 1 ano, normalizando em 5 anos (Pan et al., 2019);

- **Obesidade-** A obesidade, acúmulo patológico de tecido adiposo (com  ndice Massa Corporal [IMC] ≥ 30 kg/m²; cintura >102/88 cm homens/mulheres), eleva risco 1,6 vezes por síndrome metabólica e inflamação sist mica. Induz HTA, dislipidemia, diabetes e apneia. (Di Angelantonio et al., 2024);

- **Sedentarismo-** O sedentarismo, através da ausência de atividade física aeróbica (<150 min/semana intensidade moderada), duplica risco por disfunção endotelial e aterosclerose subclínica (O'Donnell et al., 2023);

- **Fibrilhação auricular-** A FA, arritmia por focos ectópicos atriais múltiplos gerando ativação irregular, causa 20-30% AVC isqu micos cardioemb licos (Hart et al., 2024);

- **Alcoolismo-** O consumo excessivo de álcool, através da ingestão >30 g/dia homens ou >15 g/dia mulheres, eleva risco hemorrágico em 1,6x por hipertensão induzida e plaquetopenia (Reynolds et al., 2023).

3.4.2. Fatores de Risco AVC não modificáveis

- **Idade-** A idade, número cronológico de anos vividos, duplica risco por década após os 55 anos por aterosclerose, rigidez arterial e comorbilidades acumuladas (Feigin et al., 2025);

- **Sexo-** O sexo masculino, fenótipo XY com maior exposição precoce a tabagismo/HTA, apresenta 25% maior risco até 75 anos (Carcel et al., 2024). Durante a menopausa, a diminuição dos níveis de estrog nio pode aumentar o risco de AVC, podendo ser uma das explicações para a maior incidência no sexo feminino entre os 35 e 44 anos (Rexrode et al., 2022);

- **Etnia/raça-** A etnia/raça, como a variação genética e socioecon mica, determina prevalências. Os resultados mais recentes apontam para maiores disparidades étnicas envolvendo indivíduos de raça negra e hispânicos, em que estes apresentam um maior risco de desenvolver um AVC (Howard et al., 2023);

- **História familiar-** A história familiar de AVC em parentes 1  grau com idade superior a 65 anos, duplica o risco, assim como hábitos partilhados (Rutten-Jacobs et al., 2022);

- **AVC/AIT prévio-** O AVC/AIT prévio, em que ocorra um episódio cerebrovascular documentado, eleva recorrência para 10-15%/ano no 1  ano por inflamação persistente e aterosclerose acelerada (Hankey, 2023).

3.5. TERRITÓRIOS VASCULARES AFETADOS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO AVC

O AVC isquémico distribui-se por territórios arteriais específicos, enquanto o hemorrágico ocorre em locais de maior fragilidade vascular. A oclusão de diferentes artérias cerebrais gera quadros clínicos distintos, dependentes tanto do território vascular afetado como da extensão da lesão. As manifestações clínicas abrangem domínios físicos, neurológicos, cognitivos e/ou comportamentais, variando conforme a etiologia do AVC, conforme ilustrado nos Quadros III e IV (Pimentel & Ferro, 2006, p. 81).

Quadro 1

Territórios vasculares e manifestações clínicas AVC Isquémico

Território vascular	Manifestações clínicas principais
<u>Território carotídeo</u>	
-Artéria central da retina	-Cegueira ipsilateral -Amaurose fugaz ipsilateral
-Território vertebro-basilar	
-Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos	- Desequilíbrio, ataxia - Nistagmo - Diplopia, paresia dos movimentos oculares conjugados - Disartria - Disfagia, hipos - Coma - Parésias e/ou alterações da sensibilidade
<u>Artéria cerebral média (ACM)</u>	
-Todo o território ACM	- Hemiparesia contralateral de predomínio braquiofacial - Afasia global (hemisfério esquerdo) - Neglect (hemisfério direito) - Desvio conjugado para o lado oposto à hemiparesia

-Ramos ântero-posteriores ACM	- Hemiparesia contralateral braquiofacial - Afasia não fluente (hemisfério esquerdo) - Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) - Neglect (hemisfério direito)
-Ramos póstero-inferiores ACM	- Afasia fluente (hemisfério esquerdo) - Alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) - Neglect (hemisfério direito) - Quadrantopsia contralateral
-Ramos profundos ACM	- Hemiparesia contralateral - Hemihipostesia contralateral

Fonte: Pimentel, J., & Ferro, J. (2006). *Neurologia fundamental: Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel, p. 81.

Quadro 2

Principais quadros clínicos dos AVC hemorrágicos

Localização	Manifestações clínicas principais
<u>Hemorragia subaracnoideia</u>	- Cefaleia súbita, muito intensa ("a pior de sempre"), generalizada, desencadeada por esforço - Náuseas e vômitos - Alterações da vigília (por vezes transitórias) - Sinais de irritação meníngea: rigidez nucal, sinal de Kernig
<u>Hemorragia intracerebral</u>	
-Hemisférica profunda	- Hemiparesia contralateral de predomínio braquiofacial - Afasia global (hemisfério esquerdo) - Neglect (hemisfério direito) - Desvio conjugado para o lado oposto da hemiparesia - Náuseas e vômitos - Deterioração progressiva da vigília

-Hemisférica lobar	- Variável conforme hemisfério e lobo afetado - Sintomas mais frequentes: - Hemianopsia - Neglect - Défices visuoespaciais - Cefaleias
-Cerebelo	- Náuseas e vômitos - Cefaleias - Impossibilidade de andar - Desequilíbrio - Vertigem
-Protuberância (ponte)	- Tetraparesia - Pupilas mióticas (pontiformes) - Coma

Fonte: Pimentel, J., & Ferro, J. (2006). *Neurologia fundamental: Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel, p. 82.

As manifestações com maior impacto funcional, passam por hemiparesia/hemiplegia, défices propriocetivos e alterações do equilíbrio, que se relacionam diretamente com o território lesado, particularmente a Artéria Cerebral Média e Artéria Cerebral Posterior [ACP], responsáveis por controlo motor assimétrico, sensibilidade e coordenação. Estas alterações, centrais na reabilitação da marcha, transferências e autonomia nas atividades de vida diária, justificam a intervenção especializada do EEER no contexto após AVC.

3.6. PROGNÓSTICO DO AVC

O prognóstico funcional após um AVC resulta da interação complexa de múltiplos determinantes clínicos e demográficos. Entre os principais fatores influenciadores destacam-se, a natureza da lesão (hemorragias mais graves que isquémicas), magnitude e topografia (lesões em áreas eloquentes mais incapacitantes), idade (melhor recuperação em jovens), comorbilidades existentes (HTA, DM, Cardiopatias estruturais agravam) e latência terapêutica com intervenção precoce (<4,5h para trombólise) a melhorar substancialmente os resultados. De realçar a intervenção de Reabilitação, sendo essencial para maximizar os ganhos funcionais.

Avaliação prognóstica: Escala de Rankin Modificada (mRS)

A Escala de Rankin Modificada (mRS) constitui o instrumento validado internacionalmente para quantificar o grau de dependência funcional após o AVC, abrangendo 7 níveis estratificados progressivamente:

Quadro 3

Escala de Rankin Modificada (mRS)

Pontuação	Descrição clínica
0	Sem sintomas neurológicos residuais
1	Incapacidade mínima; mantém todas as atividades prévias apesar de sintomas
2	Incapacidade leve; restrito em atividades habituais mas autónomo no autocuidado
3	Incapacidade moderada; requer assistência parcial mas deambula sem apoio
4	Incapacidade moderada-grave; deambulação impossível sem ajuda externa
5	Incapacidade grave; acamado, incontinente, dependente total
6	Óbito

Fonte: Van Swieten, J. C., Koudstaal, P. J., Visser, M. C., Schouten, H. J., & Van Gijn, J. (1988). Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke*, 19(5), 604–607.

Interpretação prognóstica por estratos mRS:

mRS 0-2: Excelente recuperação funcional; independência completa

mRS 3-4: Recuperação parcial com dependência parcial; reabilitação intensiva prioritária

mRS 5-6: Prognóstico reservado; elevada mortalidade ou dependência institucional (Van Swieten et al., 1988; Zhao et al., 2010):

Impacto longitudinal e papel da reabilitação

As sequelas pós-AVC manifestam-se frequentemente de forma crónica decorridos 15 anos, sendo que 63% dos sobreviventes apresentam incapacidade motora persistente, 39% depressão maior e 30% demência vascular ou comprometimento cognitivo (Emmett et al., 2020).

A reabilitação precoce multidisciplinar demonstra benefício inequívoco na redução da mortalidade, dependência institucional e melhoria nas atividades da vida diária (Pollock et al., 2014). Constitui o principal mecanismo terapêutico para atingir recuperação funcional e autonomia no autocuidado em pessoas com AVC agudo (French et al., 2016; Winstein et al., 2016).

3.7. ALTERAÇÕES MOTORAS APÓS O AVC

Existem várias funções passíveis de ser afetadas na sequência do AVC, como visto anteriormente, de todas elas a mais frequente é relativa à função motora (Cirstea, 2020; Pollock et al., 2014; Schröder et al., 2019).

Uma das principais alterações motoras é relacionada com a alteração da força muscular [FM], a força muscular reduzida é definida como a capacidade contrátil do músculo para gerar tensão suficiente e produzir movimento através da interação entre propriedades miofasciais e ativação neuronal, constitui uma das alterações motoras primárias pós-AVC (Wist et al., 2016). A alteração primária mais prevalente, é caracterizada por hemiparesia (70-80% casos) ou hemiplegia (20-30%) (Cirstea, 2020; Wist et al., 2016).

Estes défices motores centrais resultam de recrutamento assimétrico de unidades motoras e alterações na ativação neuronal, evoluindo frequentemente de flacidez inicial para espasticidade (85-90% casos aos 3 meses) e sinergias patológicas, gerando assimetria postural patológica, com transferência de peso para o lado não afetado durante transferências e marcha (Fujita et al., 2020; Teodoro et al., 2024).

A força muscular reduzida, compromete gravemente a mobilidade (transferências sentar/deitar), equilíbrio (base instável), execução de AVD (vestir, higiene) e a funcionalidade global, sendo determinante prognóstico, com défice motor persistente em 50% dos sobreviventes (Feigin et al., 2021).

Este défice motor manifesta-se através de seis padrões bem caracterizados através do quadro V.

Quadro 4

Seis padrões motores clássicos pós-AVC

Padrão	Características clínicas	Prevalência
1. Alteração tónica	Flacidez inicial que leva a espasticidade (90% casos aos 3 meses)	85-90%
2. Sinergias patológicas	Movimentos sinérgicos obrigatórios (flexão/extensão)	75%
3. Reflexos hiperativos	Clonus, Babinski positivo, hiperreflexia	60-70%
4. Paresia	Diminuição de FM seletiva proximal para distal	80%
5. Plegia	Ausência total contração voluntária	20-25%
6. Défice programação motora	Apraxia (esq.); ataxia postural (dir.)	40%

Fonte: Piassaroli, C. A. P., Almeida, G. C., Luvizotto, J. C., & Suzan, A. B. B. M. (2012). Modelos de reabilitação fisioterapêutica em pacientes adultos com sequelas de AVC. *Revista Neurociências*, 20(1), 128–137.

A espasticidade é um dos distúrbios motores mais incapacitantes nas lesões do sistema nervoso central, causa sofrimento multidimensional, afeta a capacidade de realizar as AVD e reduz a qualidade de vida da pessoa acometida por AVC (Platz & Owolabi, 2021; Teodoro et al., 2024). O aumento da velocidade do tônus muscular em resposta ao alongamento, surge tipicamente distal para proximal (Menoita, 2012), substituindo a flacidez inicial por hipertonia às 2-4 semanas. É avaliada pela Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987), associa-se a complicações como o Síndrome ombro doloroso (40%), contracturas articulares (25%), Úlceras por pressão (15%) e dor neuropática crónica (30%).

A capacidade para andar após um AVC é considerada um forte preditor de independência funcional, sendo também o principal objetivo de reabilitação para a maioria dos doentes (Schröder et al., 2019; Winstein et al., 2016). A recuperação da marcha é crucial para a participação social, contudo, mais de 80% dos sobreviventes mantêm limitações na deambulação, verificando-se que o maior potencial de recuperação ocorre nos primeiros dois meses após o evento agudo (Cirstea, 2020).

As alterações motoras após AVC, manifestam-se por padrão de marcha assimétrico (arrastar pé parético), controlo postural deficitário (desvios pélvicos), transferência de peso inadequada (sobrecarga lado não afetado), leva a um elevado risco de quedas e redução drástica da autonomia nas AVD, justificando a intervenção prioritária do EEER na reabilitação funcional (Schröder et al., 2019; Teodoro et al., 2024).

4. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Enfermagem evoluiu para profissão com base no desenvolvimento de um corpo de conhecimento científico próprio, desenvolvido por teóricos da área, o que permite uma assistência estruturada e legitimada. Os modelos conceituais e as teorias de Enfermagem encontram-se entre a geração deste conhecimento teórico, sendo fundamentais para a matriz disciplinar da profissão, essenciais para o ensino, a investigação e a assistência, pois ajudam a consolidar a Enfermagem como uma arte e ciência na área da saúde, explicando através dos seus conceitos, a visão do mundo e as ações dos profissionais (Taffner et al., 2022).

As teorias e os modelos conceptuais de Enfermagem possibilitam uma abordagem individualizada, focando-se na identificação de problemas e diagnósticos de Enfermagem, assim como nas intervenções a implementar. Adicionalmente, favorecem a integração do conhecimento científico na prática clínica, o que resulta em cuidados de saúde mais eficazes e centrados na pessoa (Vieira et al., 2021).

Para a elaboração do projeto de intervenção foi adotado um referencial teórico que sustentasse a prática especializada em ER. Entre as diversas teorias de Enfermagem existentes, destaca-se o Modelo do Autocuidado de Dorothea Orem e Teoria de Transição de Afaf Meleis, selecionado como marco teórico orientador da intervenção. A escolha destes referenciais decorre da sua complementaridade: Orem permite compreender as necessidades de autocuidado e os níveis de dependência, enquanto Meleis ajuda a interpretar os processos adaptativos e transicionais vividos pela pessoa com AVC e sua família

4.1. DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

O autocuidado, na perspetiva de Dorothea Orem, corresponde ao conjunto de ações que a pessoa realiza para manter as condições internas e externas necessárias à vida, à saúde, ao bem-estar e à prevenção de complicações, sendo um conceito central para a prática de enfermagem (Petronilho & Machado, 2016). Quando a pessoa não consegue satisfazer, de forma autónoma, as suas exigências de autocuidado, emerge um défice de autocuidado, que justifica a intervenção profissional de enfermagem.

A teoria do défice de autocuidado descreve cinco métodos de ajuda:

- a) agir pela pessoa, guiar e orientar;
- b) proporcionar apoio físico e psicológico;
- c) manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
- d) ensinar;

Este modelo teórico, organiza o sistema de enfermagem em três modalidades: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de suporte-educação (Petronilho & Machado, 2016). No sistema totalmente compensatório, a pessoa não consegue colaborar de forma significativa no autocuidado, tornando-se dependente de terceiros para satisfazer necessidades básicas; no sistema parcialmente compensatório, a responsabilidade pelas ações de autocuidado é partilhada entre pessoa e enfermeiro; no sistema de suporte-educação, a pessoa tem potencial para o autocuidado, mas necessita de orientação, supervisão e ensino para o fazer de forma segura e eficaz (Petronilho & Machado, 2016).

Nesta perspetiva, o EEER avalia de forma estruturada a capacidade funcional e o perfil de autocuidado da pessoa, utilizando instrumentos validados como o Índice de Barthel ou a Escala de Rankin Modificada para identificar áreas específicas de défice (na mobilidade, transferências, higiene, alimentação, vestir) e define o sistema de enfermagem mais adequado ao nível de autonomia apresentado (Petronilho & Machado, 2016).

Em fases agudas/iniciais, frequentemente marcadas por hemiparesia, instabilidade postural e elevado risco de queda, são necessárias intervenções totalmente ou parcialmente compensatórias, nas quais o enfermeiro executa ou partilha significativamente as tarefas de autocuidado, com transferências seguras, higiene corporal completa/supervisionada, assistência ao vestir (adaptação de roupa, fechos), alimentação assistida (prevenção de aspiração, posicionamento), mobilidade assistida com ortóteses/ajudas técnicas.

Na fase intermédia/subaguda do AVC, com recuperação parcial da marcha, equilíbrio e força muscular, o EEER reorienta progressivamente o cuidado para um sistema de suporte-educação, centrado em treino específico das AVD (sequência banho, vestir, comer), segurança na mobilidade (uso correto de andarilhos e treino de transferências autónomas), gestão de estratégias adaptativas (utensílios adaptados, técnicas compensatórias), capacitação da família/cuidador para supervisão no domicílio e continuidade de exercícios de reabilitação.

Deste modo, o modelo de Orem revela-se particularmente pertinente no presente projeto, pois a reeducação da marcha não constitui um objetivo motor isolado, mas um instrumento-chave para recuperar a autonomia de autocuidado: a capacidade de deambular com segurança, que posteriormente possibilita à pessoa o acesso independente à casa de banho, cozinha e outras áreas funcionais da casa, reduzindo a dependência em atividades quotidianas, restaurando a privacidade e potenciando a participação ativa da pessoa na gestão da sua saúde e na reintegração na vida familiar e social (Petronilho & Machado, 2016).

4.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Para Meleis, a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da pessoa, a incorporação de conhecimentos e alteração do seu comportamento e mudança (Meleis et al., 2000).

As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimento (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacionais (Meleis et al., 2000).

O EEER deve compreender os conceitos da Teoria das Transições de Meleis: Médio Alcance e deve utilizá-los na prestação de cuidados, já que a pessoa apresenta transições ao longo de sua vida, como por exemplo, as desencadeadas pela doença. Através de um cuidado do EEER que atende as necessidades da pessoa, permite que esta alcance o seu estado de bem-estar, bem como facilitar a reformulação de identidade e a mudança de comportamentos, que por sua vez podem evitar recidivas (Meleis et al., 2000).

Na pessoa com AVC, a transição saúde-doença de Meleis é caracterizada por alterações abruptas na funcionalidade (hemiparesia e défice de marcha), na imagem corporal, no desempenho de papéis na sociedade e vida familiar e a dinâmica familiar (com sobrecarga de cuidadores), implicando a passagem de independência para dependência parcial ou total nas AVD e mobilidade (Meleis et al., 2000).

Esta transição complexa exige da pessoa integração de novas limitações (ortóteses, ajudas técnicas), a aquisição de competências adaptativas (transferências seguras, treino marcha), o desenvolvimento de estratégias compensatórias (utensílios adaptados) e reconstrução progressiva da participação quotidiana, com reintegração na sociedade.

O EEER assume o papel facilitador, promovendo a informação personalizada sobre limitações transitórias e expectativas realistas, o treino de capacidades (AVD, equilíbrio, marcha), apoio emocional para aceitação da nova identidade funcional, o envolvimento familiar na capacitação, a preparação para alta com plano de cuidados domiciliário.

A intervenção de reabilitação, deste modo, transcende a recuperação motora, contribuindo para a reorganização do autocuidado, segurança na mobilidade e autonomia funcional, potencial contributo para a redução de fatores de risco, melhoria da adesão ao regime terapêutico e promoção de comportamentos protetores de saúde (Meleis et al., 2000).

Se pretender fechar com a articulação entre ambas: Em síntese, a articulação entre Orem e Meleis permitiu enquadrar a pessoa com AVC simultaneamente enquanto pessoa com défices de autocuidado e enquanto sujeito em processo de transição saúde-doença.

Esta complementaridade teórica sustentou a avaliação funcional, o planeamento das intervenções de enfermagem de reabilitação e a capacitação progressiva da pessoa e família ao longo do processo de reeducação da marcha.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO – REEDUCAÇÃO DA MARCHA NA PESSOA ADULTA/IDOSA COM AVC

5.1. METODOLOGIA

A metodologia adotada neste projeto corresponde a um estudo retrospectivo e observacional, suportado na análise de cinco situações clínicas de pessoas adultas/idasas com AVC e compromisso na capacidade para andar, apresentadas sob a forma de estudos de caso, assente no acompanhamento temporal da evolução clínica e funcional de cinco pessoas adultas/idasas com AVC e défice de marcha, durante a implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação. Esta abordagem permitiu analisar individual e contextualmente cada caso, captando a complexidade temporal e heterogeneidade do processo de reabilitação em diferentes fases evolutivas (Yin, 2018).

Este método visa sobretudo aprofundar a compreensão de um fenómeno, em vez de o delimitar rigidamente. A recolha de informação envolve diversas fontes, como relatórios, documentos e observações, podendo também incluir dados quantitativos, o que constitui uma vantagem face a outras estratégias qualitativas. Além disso, possibilita o estudo de fenómenos atuais ou passados, contribuindo para uma visão mais abrangente da realidade. A análise de múltiplos casos permite mitigar algumas limitações e reforçar a fiabilidade dos resultados. Para garantir a eficácia dos estudos de caso, é essencial definir com precisão o objeto de investigação, escolher casos representativos, proceder a uma recolha de dados criteriosa e apresentar conclusões claras e fundamentadas (Vilelas, 2022).

A recolha de dados neste projeto envolveu diversas fontes, nomeadamente a avaliação clínica sistematizada, a aplicação de instrumentos validados, os registos existentes no SClinico e a observação direta durante as sessões de reabilitação. Esta triangulação de fontes reforçou a credibilidade e a consistência da análise realizada.

Foram elaborados cinco estudos de caso, nos quais se descrevem as características clínicas dos participantes (idade, tipo/extensão AVC, comorbilidades), os focos e diagnósticos de enfermagem de reabilitação identificados, as intervenções realizadas (reeducação marcha, treino AVD, estratégias compensatórias) e os resultados obtidos (evolução através de escalas funcionais), organizados de modo sistemático em tabelas (perfil, plano cuidados, pré/pós) e registos de evolução.

Cada participante foi analisado individualmente, permitindo descrever a evolução clínica e funcional ao longo da implementação do programa de reabilitação.

Em cada caso, procedeu-se à caracterização clínica e funcional, à identificação de focos/diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, ao planeamento e implementação de intervenções e posteriormente à monitorização evolutiva destas intervenções.

A informação foi organizada em tabelas e registos cronológicos, permitindo análise individualizada e comparativa das mudanças funcionais entre momentos de avaliação.

5.2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo foi desenvolvido com respeito pelos princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde, nomeadamente no que se refere ao respeito pela dignidade da pessoa, consentimento informado (obtido por escrito de todos os participantes/cuidadores legais), confidencialidade dos dados (codificação anonimizada, acesso restrito), proteção dos participantes e o equilíbrio entre os riscos e benefícios (intervenções de baixo risco com potencial benefício funcional), ao longo de todas as etapas do programa de reabilitação (Nunes, 2020).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição e seguiu as Recomendações de Helsínquia e Declaração de Helsínquia (2013), assegurando o primado da pessoa humana sobre interesses científicos.

O consentimento informado foi obtido diretamente junto dos participantes elegíveis para integrar o programa, após prestação de informação clara e adequada sobre os objetivos, procedimentos e condições de participação no estudo.

Para cumprir os princípios éticos da prática profissional e da investigação em saúde, foram asseguradas a confidencialidade dos dados e a proteção da identidade dos participantes, mediante a atribuição de códigos alfanuméricos à informação recolhida (ex.: P1, P2, P3), minimizando desta forma o risco de identificação individual.

Os dados do serviço de estágio clínico foram tratados com reserva, sem divulgação de informação identificativa nas secções de análise, respeitando as normas de confidencialidade institucional e garantindo que a apresentação dos resultados não compromete a privacidade organizacional.

Com vista a garantir uma participação voluntária, consciente e devidamente informada, foi obtido consentimento livre e esclarecido dos participantes para integração no estudo e a recolha de dados associados, após explicação detalhada dos objetivos, procedimentos, benefícios, riscos mínimos e direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo da continuidade dos cuidados clínicos no âmbito do Programa de Reabilitação (Apêndice I). A participação no estudo foi distinguida da prestação de cuidados de reabilitação, sendo o consentimento específico para a colheita de dados (avaliações e registos evolutivos) com fins científicos, mantendo-se os cuidados disponíveis independentemente da adesão ao projeto de investigação.

A execução deste estudo nos Serviços de Internamento de Medicina, obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde na região do

Alentejo (N.º 21_2025) e autorização do Enfermeiro Diretor em 13 de maio de 2025, conforme proposto e documentado (Anexo I).

5.3. OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS

Considerando a problemática do compromisso da capacidade para andar na pessoa após AVC e a relevância da intervenção do EEER neste domínio, definiu-se como objetivo geral avaliar o contributo da atuação do EEER na pessoa adulta/idoso com AVC e compromisso na capacidade para andar.

Definiram-se como objetivos específicos:

- a) Elaborar e implementar um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação na pessoa adulta/idoso com AVC com compromisso na capacidade para andar;
- b) Capacitar e empoderar a pessoa adulta/idoso com AVC para andar e/ou usar técnica de adaptação para andar;
- c) Identificar os ganhos sensíveis aos cuidados do EEER na pessoa adulta/idoso com AVC com compromisso na capacidade para andar.

5.4. POPULAÇÃO-ALVO

A população elegível para o presente estudo integrou pessoas adultas/idasas internadas nos Serviços de Medicina, com diagnóstico de AVC e compromisso na marcha, durante o período de implementação do programa de reabilitação, entre 22/04/2025 e 23/01/2026.

Para integrar o programa, definiram-se critérios de inclusão e de exclusão, recorrendo-se a uma amostra não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão incluem:

- a. pessoas com idade igual ou superior a 18 anos de idade com AVC;
- b. Pessoa com pontuação no MMSE compatível com capacidade de compreender instruções e participar ativamente no programa de reabilitação, de acordo com o ponto de corte definido para o estudo;
- c. Pessoa com défice/compromisso na capacidade para andar;
- d. Pessoa hospitalizada durante período de implementação do projeto;
- e. Pessoa com estabilidade hemodinâmica, caracterizada pela ausência de sinais de compensação cardiovascular, como taquicardia, hipotensão ou alterações na perfusão periférica.

f. Pessoa com consentimento informado e esclarecido assinado para integrar o Programa de Reabilitação (Apêndice I).

A amostra final foi constituída por cinco participantes [P] que cumpriam os critérios de inclusão definidos, dos quais quatro eram do sexo feminino e um do sexo masculino. As idades variaram entre os 72 e os 91 anos, com média aproximada de 82 anos.

5.5. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS

De acordo com os objetivos do projeto de intervenção, a colheita de dados integrou diferentes componentes de avaliação, nomeadamente a caracterização sociodemográfica e clínica (idade, género, tipo/extensão AVC, comorbilidades), a observação clínica sistematizada, a avaliação de parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, saturações periféricas de oxigénio, pressão arterial) e a aplicação de instrumentos padronizados de avaliação funcional.

A caracterização sociodemográfica e clínica foi realizada através de um questionário de entrevista (Apêndice II), complementado com consulta dos registos clínicos e de meios complementares de diagnóstico. A observação clínica permitiu recolher informação relevante sobre o estado funcional, físico e neurológico da pessoa.

A avaliação dos parâmetros fisiológicos incluiu a monitorização de sinais vitais, nomeadamente tensão arterial, temperatura corporal, saturação periférica de oxigénio, frequência cardíaca, frequência respiratória e dor, bem como a realização de auscultação pulmonar, exame físico e exame neurológico.

Os instrumentos padronizados de avaliação permitiram recolher dados de forma estruturada no início, durante e no final da implementação do programa de intervenção. A utilização combinada destas fontes de informação contribuiu para reforçar a consistência da análise e para compreender a evolução funcional dos participantes ao longo do processo de reabilitação (OE, 2016; Yin, 2018).

Os instrumentos de avaliação foram selecionados de acordo com as dimensões consideradas centrais para o estudo, nomeadamente cognição, força muscular, equilíbrio, independência funcional, marcha, dor e qualidade de vida:

- A Escala de **Mini Mental State Examination** (Anexo II) para avaliação cognitiva em áreas como a orientação, memória, atenção, linguagem e habilidades viso espaciais, divididas em 30 tarefas, consideram-se valores aceitáveis acima de 24 pontos. Abaixo desse valor considera-se défice cognitivo leve (21-23), moderado (10-20) ou grave (menos de 10). Foi considerado, para efeitos de inclusão no estudo, o ponto de corte definido de

acordo com a referência adotada e ajustado às características da população avaliada (Morgado et al., 2010).

- A **Escala de Medical Research Council** (Anexo III), que avalia a força muscular da pessoa. Esta escala gradua os níveis de força entre: 0 (sem contração muscular palpável ou visível), 1 (contração palpável ou visível mas sem movimento do membro), 2 (movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular), 3 (movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência), 4 (movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade) e 5 (força normal). Esta graduação faz-se em relação ao máximo esperado para aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (Medical Research Council, 1943).

- A **Escala de Equilíbrio de Berg** (Anexo IV), utilizada para avaliar o equilíbrio estático e dinâmico da pessoa adulta/idosa, através de 14 tarefas funcionais de dificuldade progressiva, permitindo estimar o risco de queda e monitorizar alterações no desempenho funcional ao longo da intervenção (Mósca, 2001). Estas tarefas incluem: sentar para ficar em pé, permanecer em pé sem apoio, sentar sem apoio lombar, ficar em pé para sentar, transferências, olhos fechados, pés juntos, alcançar à frente, apanhar objeto do chão, virar e olhar para trás, girar 360°, pés alternados em degrau, pé avançado e ficar numa perna só, pontuadas de 0-4 (com pontuação máxima de 56 pontos), onde quanto maior for o score, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio (Mósca, 2001).

- A **Escala Índice de Barthel** (Anexo V), escala já traduzida e validada para a língua portuguesa. Avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Araujo et al., 2007). A pontuação varia entre 0 e 100, com intervalos de 5 pontos, onde 0 corresponde à dependência total e 100 indica total independente. O IBM mantém a avaliação das mesmas atividades, no entanto, apresenta uma escala de respostas maior, aumentando a sensibilidade, na identificação de alterações (S. Y. Lee et al., 2020)

- A **Escala de Categorias Funcionais de Marcha** (Anexo VI), escala que promove a categorização detalhada do suporte físico necessário para

pacientes que exercem marcha. Avalia a marcha com categorias pontuadas de 0 (não funcional–incapaz) a 5 (autónomo) (Holden et al., 1986).

- A **Escala *Timed up and Go*** (Anexo VII), foi utilizado para avaliar a mobilidade funcional, incluindo transferência de posição, equilíbrio e capacidade de deambulação, constituindo igualmente um indicador útil do risco de queda (Podsiadlo et al., 1991). A realização do TUG é muito simples, necessitando apenas duma cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 46 cm de altura (a altura padrão da cadeira deve ser 44cm, por ser altura equiparada a uma sanita), um percurso disponível com 3 metros de comprimento, desde a cadeira até uma marca colorida colocada no chão e um cronómetro. Um tempo mais rápido/curto indica um melhor desempenho funcional, enquanto um tempo mais demorado indica maior risco de quedas (Podsiadlo et al., 1991).

- A **Escala de Avaliação Numérica da Dor** (Anexo VIII), avalia e regista a intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, que deve ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2003).

- A **Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-100** (Anexo IX), avalia a perceção de qualidade de vida da pessoa. É um instrumento de autorrelato de avaliação geral subjetiva da qualidade de vida, com 100 itens que estão distribuídos por seis domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais), com 24 facetas específicas e um indicador global (faceta geral de Qualidade de Vida) (WHOQOL, 1994).

5.6. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Para uma colheita de dados eficaz e um registo eficiente dos resultados do programa foi elaborado um Instrumento de Colheita de Dados, no qual foram incluídos os instrumentos e escalas de avaliação anteriormente mencionados, e que documenta os dados clínicos

relativos ao estado de saúde da pessoa, a avaliação da pessoa e ainda toda a evolução clínica ao longo da implementação do Programa de Reabilitação (Apêndice III). Este instrumento permitiu uniformizar a recolha de dados e garantir consistência na monitorização evolutiva dos participantes.

6. PROTOCOLO DE REVISÃO ESCOPO: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DIRECIONADAS À DEAMBULAÇÃO EM PESSOAS COM AVC EM INTERNAMENTO

No âmbito do presente trabalho, foi desenvolvido um protocolo de revisão de escopo centrado nas intervenções de Enfermagem de Reabilitação direcionadas à deambulação em pessoas com Acidente Vascular Cerebral em contexto de internamento. A elaboração deste protocolo baseado no enquadramento proposto por Arksey e O'Malley (2005) teve como objetivo estruturar de forma rigorosa o processo de revisão da literatura, de acordo com as orientações da *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020) e as recomendações do PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) garantindo coerência metodológica e transparência no desenvolvimento do estudo.

A escolha por uma revisão de escopo fundamenta-se na necessidade de mapear a evidência existente, frequentemente dispersa e heterogénea, relativa às intervenções de enfermagem de reabilitação nesta área específica. Neste sentido, foram definidos previamente a questão de investigação, os critérios de inclusão e exclusão e a estratégia de pesquisa, permitindo orientar de forma sistematizada o processo de revisão.

Importa referir que foi possível realizar a pesquisa nas bases de dados previamente definidas, tendo sido identificados os estudos potencialmente relevantes para a temática em análise. No entanto, por constrangimentos de natureza temporal associados ao desenvolvimento do presente relatório de estágio, não foi possível concluir as etapas subsequentes da revisão, nomeadamente o processo de seleção final dos estudos, a extração e análise dos dados e a respetiva síntese dos resultados.

Deste modo, o trabalho encontra-se desenvolvido até à fase de identificação da evidência, ficando por concretizar as etapas seguintes do processo de revisão de escopo. Ainda assim, a elaboração do protocolo e a realização da pesquisa constituem etapas fundamentais do processo científico, permitindo assegurar a qualidade metodológica e a viabilidade da sua continuidade.

Assim, perspetiva-se a continuação deste trabalho em contexto futuro, com vista à conclusão da revisão de escopo, o que permitirá mapear de forma sistemática as intervenções de Enfermagem de Reabilitação dirigidas à deambulação em pessoas com AVC em internamento, identificar lacunas na evidência disponível e contribuir para o desenvolvimento de práticas clínicas baseadas na evidência.

7. PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO DA MARCHA NA PESSOA ADULTA/IDOSA COM AVC

O plano de intervenção decorreu no período de 22 de abril de 2025 a 23 de janeiro de 2026 e foi implementado após avaliação diagnóstica, tendo como foco de Enfermagem, a capacidade para andar. Foi delineado um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, individualizado e ajustado às necessidades da pessoa com AVC, integrando procedimentos e intervenções enquadrados no Padrão Documental da Ordem dos Enfermeiros. Estas intervenções foram organizadas num programa de reeducação funcional da marcha, adaptado a cada participante, com o objetivo de promover a marcha com a máxima segurança possível e com menor dispêndio energético (Menoita, 2012).

O programa teve como foco central a capacidade para andar e desenvolveu-se segundo uma lógica sistematizada de cuidados, estruturada em cinco etapas: colheita de dados, avaliação, planeamento, execução e reavaliação. Esta organização permitiu adequar a intervenção às necessidades identificadas em cada participante e monitorizar a sua evolução ao longo do processo de reabilitação.

Antes do início da intervenção, foram previamente identificados os instrumentos e técnicas de colheita de dados, garantindo uma recolha estruturada e orientada para os objetivos da intervenção. A intervenção inicia-se com uma avaliação abrangente e criteriosa, essencial para identificar diagnósticos de ER e para a definição de estratégias terapêuticas adequadas. Esta avaliação integrou a monitorização de sinais vitais (frequência cardíaca, tensão arterial, temperatura, frequência respiratória e dor), de modo a garantir a segurança clínica durante os treinos de marcha e a ajustar a intensidade do esforço. Incluiu ainda a avaliação nutricional, através do índice de massa corporal, pela sua influência na força muscular e resistência ao exercício, bem como a avaliação cognitiva, da força muscular, psicossocial e do contexto sociofamiliar, por condicionarem a capacidade de compreender instruções, executar as tarefas de marcha, aderir ao programa e manter, em contexto domiciliário, os ganhos funcionais obtidos.

Os exercícios e intervenções terapêuticas planeadas, que deram origem ao plano de intervenção encontram-se descritos no Quadro VI. Embora o foco central do programa tenha sido a capacidade para andar, a intervenção assentou em focos clínicos subsidiários que condicionam diretamente a marcha, nomeadamente o movimento muscular, o equilíbrio corporal e a força muscular.

Segundo Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2019), movimento muscular é capacidade para movimentar intencionalmente músculos esqueléticos contra resistência para produzir movimento corporal. Estado funcional que reflete a integridade neuromuscular.

Já equilíbrio corporal é definido como a segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se. Mantém centro de gravidade sobre base de suporte (CIPE, 2019).

O foco de ER força muscular é capacidade para exercer força contra resistência. Inclui potência muscular voluntária para atividades funcionais (CIPE, 2019).

Por fim, andar é capacidade para se locomover a pé. Locomotor funcional que integra marcha, equilíbrio dinâmico e endurance (CIPE, 2019).

A maioria das intervenções e a metodologia de treino foi generalizada a toda a amostra, porém de referir que o plano implementado foi individualizado e adaptado à condição clínica da pessoa. Foram consideradas as contraindicações existentes, a tolerância individual, os défices apresentados e os objetivos traçados. A tipologia de exercício, a frequência e a intensidade, sofreram um aumento gradual e progressivo, consoante a resposta dos participantes. As sessões de treino tiveram a duração aproximada de 30 a 45 minutos ou consoante a tolerância da pessoa, ocasionalmente foram realizados treinos bi-diários, para treino eficaz e com incorporação de treinos de fortalecimento e treinos de circuito (exercícios de controlo postural, equilíbrio, mobilidade, transferências, marcha em piso regulares e irregulares) (Ribeiro, 2021).

Segundo OE (2018), a utilização dos instrumentos de avaliação da pessoa é recomendada antes e após a implementação do programa de reabilitação.

Foram definidos como momentos de avaliação:

- No momento da admissão da pessoa e/ou na 1ª sessão do programa de reabilitação;
- Ao 3º dia de internamento e/ou na 3ª sessão do programa de reabilitação;
- No momento da alta e/ou na última sessão do programa de reabilitação.

O plano de intervenção a ser implementado inclui intervenções de ER adaptadas de forma personalizada para cada pessoa, de acordo com os diagnósticos identificados, apresentados no Quadro VI (Ribeiro, 2021).

Quadro 5

Exercícios e Intervenções Terapêuticas

Foco de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Exercícios que concretizam as intervenções
Movimento muscular	Movimento muscular diminuído	-Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativos-resistidos e ativos-assistidos) -Ensinar sobre exercícios musculares e articulares; -Instruir e treinar exercícios musculares e articulares	-Mobilização da articulação coxo-femoral (anca): Permite flexão do membro até ao limite da amplitude articular desde que não exista dor; Abdução e extensão da anca também é feita com o membro em extensão, sendo que adução deve ser mais insistida uma vez que o membro afetado adota a posição de abdução; Hiperextensão também pode ser executada; Rotação interna e externa do membro, mas insistir na rotação interna -Mobilização da articulação do joelho: Permite executar flexão do joelho até atingir amplitude máxima ou possível, regressando à extensão do membro; -Mobilização dos dedos: Pode ser realizada individualmente (cada dedo) ou em simultâneo; -Mobilização da articulação

			tibiotársica: Realiza a extensão e flexão da articulação tibiotársica; insistir mais no movimento de eversão; realizar a flexão plantar e dorsiflexão; -Exercício Ponte: Permite restabelecer o movimento controlado e funcional da anca, importante na concretização de várias atividades inerentes ao autocuidado. Poderá ser realizada a elevação unilateral do membro afetado mantendo em extensão o membro contralateral; -Dissociação da cintura pélvica: Alonga o tronco no lado afetado e rotação do tronco da pessoa de um lado para outro, com rotação externa do ombro e rotação interna do membro inferior.
		-Executar técnica de treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé); -Analisar com a pessoa a relação entre exercício de controlo postural e equilíbrio;	-Correção da postura na cadeira de rodas ou cadeirão: Para evitar risco de queda e possibilidade de lesão grave no membro superior, nomeadamente na articulação do ombro; importante para controlo postural e recuperação do equilíbrio; Técnica instruída e treinada com pessoa, a fim de ela própria

Equilíbrio Corporal	Equilíbrio Corporal comprometido	-Ensinar, instruir e treinar exercícios para treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé); -Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé); -Assistir no treino de equilíbrio estático (sentado e em pé) e equilíbrio dinâmico; -Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e o risco de cair	corrigir a posição sem ajuda ou com ajuda mínima; -Equilíbrio estático sentado: Apresenta naturalidade postural e promover equilíbrio, previne e reduz hipertonia que pode estar a instalar-se, uma vez que impede a retração da omoplata; -Equilíbrio sentado-transferência de peso para os braços: Permite transferência de peso e promover alongamento do tronco. Inibe padrão de espasmo do membro superior em flexão; -Equilíbrio dinâmico sentado-carga no cotovelo/facilitação cruzada: Lateralizar o corpo na posição sentado para um lado, com apoio do cotovelo do lado apostado (repetir para outro lado); Promove equilíbrio, inibe a espasticidade e estimula pessoa a transferir-se o seu peso para a frente; -Alternância de carga nos membros inferiores: Treina apoio coordenado para uma adaptação aos deslocamentos alternados de peso; avalia-se o equilíbrio estático em pé, observando as oscilações;
-----------------------------------	---	---	--

			-Equilíbrio dinâmico em pé-alternância unipodal: Traçado um percurso no chão e realizar treino de marcha em “bicos de pés”; -Equilíbrio dinâmico em pé e treino propriocetivo: Treino de marcha num colchão colocado no chão, a pessoa deve ser acompanhada pelo EEER (pelo lado afetado); -Equilíbrio dinâmico em pé-contorno de obstáculos: Controlo da postura em pé exige modificação dos sistemas sensorial e motor, em reação às exigências que aparecem ou se propõem; treinar o equilíbrio através da marcha, acrescentando a necessidade de ultrapassar obstáculos, promove a diminuição do medo de cair; -Equilíbrio dinâmico com mudança de rotação: Treina movimentos de sentar/levantar para início de marcha. Este exercício só poderá ser realizado se a pessoa conseguir permanecer estável pelo menos 20% do tempo do exercício.
--	--	--	---

			Nota: Nos exercícios de treino de equilíbrio dinâmico, a pessoa poderá ter colocado cinto de transferência, para aumentar segurança e risco de queda.
Força Muscular	Força muscular reduzida	-Instruir, ensinar e treinar a pessoa a realizar exercícios para aumento de força muscular dos membros; - Consciencialização da relação entre exercícios de fortalecimento muscular e capacidade para andar	-Fortalecimento muscular dos membros superiores Utilização de faixas elásticas e halteres, através de flexão e extensão dos membros superiores, abdução-adução com halteres; -Fortalecimento muscular dos membros inferiores: Levantar e sentar com ou sem carga; Extensão dos membros com colocação de pesos; Elevação da perna estendida em decúbito; Abdução/adução de anca em decúbito lateral ou de pé, com ou sem elástico/peso leve.
			-Andar em linha: permite melhorar o equilíbrio dinâmico e a coordenação; -Andar assistido pelo EEER: a abordagem do

Andar	Capacidade para andar comprometida	-Assistir pessoa a andar; -Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para andar	enfermeiro deve ser sempre pelo lado afetado. O peso deve ser transmitido através do calcanhar, com o pé totalmente apoiado no chão, mantendo os pés paralelos. O EEER deve controlar o movimento do membro superior da pessoa pois pode aumentar o padrão de espasmo em flexão, por isso deve suportar ao nível proximal (ombro) e distal (mão), mantendo o cotovelo e punho em extensão. Durante a fase de impulso, o EEER pode controlar o impulso inicial do pé e o joelho do lado afetado; -Andar com apoio nos dedos dos pés ou com apoio no calcanhar: permite o fortalecimento dos músculos e promove o equilíbrio dinâmico. O EEER deve traçar um percurso no chão e pedir à pessoa que realize uma parte do percurso com apoio nos dedos dos pés e depois outra parte do percurso com apoio no calcanhar. Deve ser avaliada a posição e simetria da elevação dos dois pés. Nota: O EEER deve ter em conta o tempo certo para cada pessoa começar a andar, como a capacidade de inibir a espasticidade da anca, joelho e da
---------------------	---	--	--

			articulação tibiotársica, de modo a poder levantar o membro inferior e iniciar o passo. Além disso, é importante que a pessoa consiga manter o equilíbrio e seja capaz de corrigir posturas incorretas.
--	--	--	---

Fonte: Ribeiro, O. M. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 191–215). Lidel

De reforçar que este Programa de reabilitação de marcha, é um investimento do EEER em que se centra na capacidade da pessoa para andar representando a esperança de não ficar dependente dos outros (Ribeiro, 2020):

- Treino de levantar e sentar sem esforço e de forma simétrica e deve ser realizado durante todo o programa;
- Treino de subir e descer escadas deve ser iniciado o mais precocemente possível, aumenta a funcionalidade e reabilitação;
- Treino de andar o mais normal possível com sapatos adaptados ao pé, com sola antiderrapante, a fim de evitar gastos de energia desnecessários;
- Treinar o andar durante curtos períodos e várias vezes ao dia é mais benéfico do que um treino prolongado uma única vez ao dia;
- Treinar posição de verticalização apenas com apoio do EEER;
- Treinar para que pessoa consiga transferir peso para membro inferior afetado e sem que haja hiperextensão do joelho e flexão plantar;
- Treinar com apoio do EEER, a pessoa consiga transferir peso para membro inferior não afetado, sem que aconteça rotação do tronco;
- Treinar com apoio do EEER, a pessoa consiga adotar padrão o mais próximo possível da normalidade, sem aumento exagerado do tónus nos membros superior e inferior;
- Incorporação do treino de força e do treino aeróbico no plano de reabilitação funcional motora [RFM];
- Treinos de fortalecimento e treinos de circuito (exercícios de controlo postural, equilíbrio, mobilidade, transferências, marcha em piso regulares e irregulares).
- Técnicas de relaxamento como o posicionamento terapêutico e posições de descanso, com o objetivo de reduzir a tensão psíquica e muscular.

7.1. OBJETIVOS DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

O programa de reabilitação de marcha tem como objetivo geral, a recuperação funcional global através da restauração progressiva do movimento muscular, equilíbrio corporal, força muscular e capacidade de marcha, maximizando a autonomia nas atividades de vida diária e reduzindo o risco de complicações associadas à imobilidade.

Os objetivos específicos delineados por foco passam por:

a) Movimento muscular diminuído:

- Restaurar amplitude articular coxofemoral, joelho e tibiotársica;
- Melhorar qualidade do movimento controlado;
- Prevenir rigidez e encurtamentos;

b) Equilíbrio corporal comprometido:

- Otimizar controlo postural sentado/em pé;
- Reduzir risco de queda; capacitar transferências seguras de peso;

c) Força muscular reduzida:

- Aumentar potência muscular membros superiores/inferiores;
- Melhorar transferências levantar/sentar;
- Relacionar força com capacidade locomotora

d) Capacidade para andar comprometida:

- Recuperar padrão marcha funcional;
- Aumentar distância/confiança;
- Progredir de assistência total para independência locomotora.

Durante implementação do programa de reabilitação, foi feita uma abordagem motivacional constante, desde a verbalização incentivadora, definição metas progressivas, a celebração de ganhos e com a associação benefícios à independência quotidiana, promovendo autoconfiança e autonomia progressiva.

7.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O programa envolveu cinco participantes (quatro mulheres, um homem), com idades compreendidas entre 72 e 91 anos (média de 82 anos), caracterizando uma população idosa típica. Ao longo da intervenção, mantiveram estabilidade hemodinâmica, normotensão, frequência cardíaca normal, ausência de febre e dor controlada, considerando-se também o seu nível de dependência e funcionalidade nas AVD pré-internamento.

Registaram-se 22 sessões de Enfermagem de Reabilitação, distribuídas entre 3 a 6 sessões por participante, com duração média de 30 a 40 minutos por sessão.

Baseado na metodologia de um estudo longitudinal de casos múltiplos, e para contextualizar a inclusão destes cinco casos, apresenta-se em seguida a caracterização individual de cada participante do Projeto de Intervenção.

Seguem-se os resultados quantitativos obtidos através dos instrumentos de avaliação, organizados para permitir análise descritiva e comparativa dos ganhos funcionais alcançados.

7.2.1. ESTUDO DE CASO 1- P1

Anamnese: Pessoa do sexo feminino, 79 anos, portuguesa, está reformada, é viúva, reside sozinha e tem 2 filhos. Previamente independente nas AVD, apenas tinha apoio frequente das filhas que moram na mesma região. Recorreu ao SU dia 23/05/2025 por queda não presenciada com traumatismo frontal e apresenta escoriações no nariz, disartria e diminuição da força muscular à esquerda. Realizou análises sanguíneas e urina, radiografia ao tórax e TAC Cranioencefálico [CE]. Posteriormente foi realizado Eletrocardiograma [ECG], Ecocardiograma, Holter e Doppler dos vasos do pescoço. Ficou internada no serviço de Medicina Ala Esquerda dia 24/05/2025 com diagnósticos de AVC Isquémico da ACP; FA; Cistite Aguda (por E.Coli multi-sensível).

Antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial, DM Insulino-tratado; Gonartrose bilateral; Cirurgia tornozelo direito; AVC isquémico (lesões antigas no território da ACM direita). Sem alergias conhecidas.

O Programa de Reabilitação teve início ao 3º dia de internamento, tendo realizadas quatro sessões de reabilitação, com uma duração que variou entre 30 e 40 minutos, num período de uma semana e 3 dias.

As intervenções realizadas na primeira sessão foram:

- Pedaleira em posição sentada (bilateral, foco no membro esquerdo): 2 séries de 5 minutos, resistência baixa, ritmo confortável;

- Marcha sentada ao elevar alternadamente joelhos (começar pelo lado esquerdo): 2×10 repetições.

- Alcances de tronco em posição sentada ao tocar em objetos à frente e para o lado esquerdo/direito: 2×8 repetições por direção.

- Treino de levantar/sentar: 2×5 repetições, incentivar carga no membro inferior [MI] esquerdo, com supervisão apertada.

- Alongamentos suaves MI esquerdo (gêmeos, isquiotibiais) em posição sentada: 20 a 30 segundos cada.

As intervenções realizadas na segunda sessão foram:

- Treino de exercício com recurso a pedaleira, na posição sentada: 5 a 8 minutos contínuos, tentar maior participação ativa do lado esquerdo;
- Extensão de joelho com elástico em posição sentada com elástico preso à perna da cadeira e tornozelo esquerdo, extensão lenta do joelho: 2×10 repetições;
- Abdução de anca com elástico em decúbito lateral direito (trabalhar anca esquerda): 2×10 repetições, foco em controlo, sem compensações lombares;
- Exercício ponte de glúteos com recurso a elástico acima dos joelhos e de seguida elevar a bacia: manter 5 segundos, 2×10 repetições;
- Transferência de peso lateral em pé, com apoio na cadeira e transferir peso direita/esquerda: 2×10 repetições.

As intervenções realizadas na terceira sessão foram:

- Pedaleira em posição sentada: 5 minutos, resistência baixa a moderada;
- Treino levantar/sentar com foco no MI esquerdo: 3×5 repetições;
- Passos à frente e atrás com apoio em pé, com o MI esquerdo em frente e atrás: 2×10 passos;
- Treino de marcha em corredor com auxílio de andarilho: 10 metros, sempre com correções de padrão (contacto calcanhar–planta–ponta, base de suporte).

As intervenções realizadas na quarta sessão foram:

- Treino de exercício com recurso a pedaleira, na posição sentada: 8 a 10 minutos, se tolerado;
- Treino de circuito de 3 estações (2 voltas):
 - Estação 1 – Step-up em degrau baixo com apoio ao subir e descer com foco no MI esquerdo: 8 a 10 repetições;
 - Estação 2 – Treino de marcha lateral, na posição em pé com recurso a elástico acima dos joelhos: 5 a 10 passos para cada lado com apoio, estimular controlo do quadril esquerdo;
 - Estação 3 – Alcançar objetos, na posição sentado, à frente e para o lado esquerdo: 2×8 repetições;
- Treino de marcha funcional em pé em trajeto com mudanças de direção, paragens e arranques, com apoio lateral, consoante tolerância.

Realizadas 4 sessões de enfermagem de reabilitação, com os seguintes objetivos delineados: ativar o membro inferior esquerdo em segurança, treinar o controlo de tronco em posição sentada e iniciar transferências controladas; fortalecer o MI esquerdo com elásticos, melhorar transferências de peso e estabilidade inicial em pé; melhorar o controlo postural dinâmico em pé e iniciar treino de marcha com padrões funcionais assistidos; culminando na integração de força, equilíbrio e marcha em circuito funcional, preparando para tarefas mais independentes.

De referir que em todas as sessões de intervenção foi realizado treino de AVD, (higiene e conforto, eliminação, alimentação) e gestão de energia, para melhoria da capacidade funcional, reduzindo o grau de dependência no autocuidado, promovendo a autonomia da pessoa. A participante teve alta clínica para o domicílio no dia 02/06/2025, onde residia previamente.

7.2.2. ESTUDO DE CASO 2- P2

Anamnese: Pessoa do sexo feminino, 88 anos, portuguesa, está reformada (empregada doméstica), é casada, reside com esposo e filha. Tem 2 filhos. Previamente independente nas AVD, apenas tinha apoio frequente das filhas que moram na mesma região. Recorreu ao SU dia 27/10/2025 por quadro de hemiplegia à esquerda e disartria com evolução de 3 horas. Realizou análises sanguíneas, TAC CE. Posteriormente foram realizados Ressonância Magnética (RMN), Holter 24h, Ecocardiograma e Doppler dos vasos do pescoço. Ficou internada no serviço de Medicina Ala Esquerda dia 27/10/2025 com diagnósticos de AVC Isquémico do hemisfério direito.

Antecedentes pessoais: HTA; DM insulino-tratado; Enfarte Agudo Miocárdio [EAM] a 07/2021; Doença coronária de 2 vasos com angioplastia; Insuficiência Mitral ligeira; Hipotireoidismo; Artrose severa (próteses em ambos joelhos e anca); AVC isquémico a 07/2021.

Sem alergias conhecidas.

O Programa de Reabilitação teve início ao 7º dia de internamento, tendo realizadas cinco sessões de reabilitação, com uma duração que variou entre 30 e 45 minutos, num período de uma semana e 2 dias.

As intervenções realizadas na primeira sessão foram:

- Mobilização passiva coxo-femoral esquerda (flexão sem dor, adução insistida, rotação interna): 2×8 movimentos lentos, sentado;
- Mobilização passiva joelho/tibiotársica esquerda (flexão/extensão, eversão insistida, dorsiflexão): 2×8 cada;
- Mobilização passiva dedos pé esquerdo: 2×8 movimentos;

- Equilíbrio estático sentado (tronco alinhado): 3×20 segundos;
- Correção postura cadeira (autocorreção treinada);
- Aquecimento com pedaleira sentado: durante 3 minutos (resistência mínima).

As intervenções realizadas na segunda sessão foram:

- Exercício ponte com elevação bacia: 2×6 repetições e manter durante 2 segundos;
- Dissociação cintura pélvica (alongamento tronco esquerda com rotação): 2×6 movimentos;
- Transferência de peso braços sentado: 2×6 segundos;
- Carga cotovelo/facilitação cruzada sentado ao lateralizar tronco: 2×6 repetições;
- Fortalecimento dos membros superiores [MMSS] com recurso a elástico (flexão/extensão ombro): 2×6 repetições;
- Alternância carga MI sentado: 2×6 transferências.

As intervenções realizadas na terceira sessão foram:

- Alternância carga MI em pé (andarilho + cinto): 2×6 repetições lentas;
- Extensão joelho esquerdo elástico sentado: 2×6 repetições;
- Abdução anca esquerda com elástico em decúbito lateral direito: 2×6 pequenos movimentos;
- Treino de marcha assistido pelo EEER (lado afetado, apoio ombro/mão): 2 a 3 metros, com correção de calcanhar-planta-ponta;
- Treino sentar/levantar com andarilho e cinto de transferência): 2×4 repetições;
- Treino de exercício através de pedaleira durante 3 minutos.

As intervenções realizadas na quarta sessão foram:

- Equilíbrio dinâmico em pé - unipodal assistido (com auxílio de andarilho e cinto de transferência) com apoio MI direito: 2×3 segundos com o MI esquerdo assistido;
- Treino de levantar/sentar com carga leve MI direito: 2×4 repetições;
- Elevação perna estendida em decúbito: 2×6 repetições;
- Treino de marcha em linha: 4 metros com auxílio de andarilho;
- Treino de marcha livre: 6 metros com auxílio de andarilho;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 4 minutos.

As intervenções realizadas na quinta sessão foram:

-Circuito com auxílio de andarilho e colocação de cinto de transferência (1 a 2 voltas):

Estação 1 - Equilíbrio Dinâmico com contorno obstáculos baixos (livros/cones): 4 a 6 passos;

Estação 2 - Força e movimento com abdução/adução anca em pé elástico fino: 2×6 repetições; Mobilização tibiotársica ativa-assistida: 2×8 movimentos;

Estação 3 - Treino verticalização só com apoio EEER (peso MI afetado sem hiperextensão do joelho): 2×20 segundos; Marcha funcional (mudanças direção durante 5 metros);

-Treino levantar/sentar simétrico: 4 repetições;

-Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 5 minutos.

Realizadas 5 sessões de enfermagem de reabilitação, com os seguintes objetivos delineados: mobilização passiva do MI esquerdo e equilíbrio estático sentado para controlo postural inicial; exercícios ativo-assistidos dos MI, treino de equilíbrio sentado com transferência de peso e fortalecimento leve dos MMSS; equilíbrio dinâmico em pé com cinto de transferência, fortalecimento muscular dos MI com elástico e marcha assistida inicial; equilíbrio dinâmico avançado com treino de força em circuito e marcha funcional; culminando na integração de circuito completo com marcha sobre obstáculos e verticalização assistida pelo EEER para consolidação dos ganhos funcionais.

De referir que em todas as sessões de intervenção foi realizado treino de AVD, (higiene e conforto, eliminação, alimentação) e gestão de energia, para melhoria da capacidade funcional, reduzindo o grau de dependência no autocuidado, promovendo a autonomia da pessoa. A participante teve alta clínica para o domicílio no dia 11/11/2025, onde residia previamente.

7.2.3. ESTUDO DE CASO 3- P3

Anamnese: Pessoa do sexo masculino, 85 anos, português, está reformado (professor de línguas), é casado, reside com esposa e tem 2 filhos. Previamente independente nas AVD. Recorreu ao SU dia 11/11/2025 por discurso confuso, diminuição da força muscular à direita. Realizou análises sanguíneas, radiografia ao tórax, TAC CE, ECG. Posteriormente foi realizado Ecocardiograma, Holter e Doppler dos vasos do pescoço. Ficou internado no serviço de Medicina Ala Direita dia 11/11/2025 com diagnósticos de AVC Isquémico no território da ACM esquerda.

Antecedentes pessoais: Bloqueio Atrioventricular [BAV] 1º grau; Doença Renal Crónica [DRC]; DLP; Ex-Fumador de 1 maço por dia; Adenocarcinoma da próstata; Bronquite

Crónica; AIT em 2024; Hérnia discal L4-L5; Apneia do sono; AVC cardio-embólico em abril de 2024 com internamento hospitalar (sem sequelas)

Alérgico à Penicilina.

O Programa de Reabilitação teve início ao 4º dia de internamento, tendo realizadas seis sessões de reabilitação, com uma duração que variou entre 30 e 45 minutos, num período de 17 dias.

As intervenções realizadas na primeira sessão foram:

- Mobilização passiva coxo-femoral direita (flexão sem dor, adução insistida, rotação interna): 2×8 movimentos lentos, sentado;
- Mobilização passiva joelho/tibiotársica direita (flexão/extensão, eversão insistida, dorsiflexão): 2×8 cada;
- Equilíbrio estático sentado (tronco alinhado, corrigir o desvio para direita): 3×20 segundos;
- Correção postura cadeira (autocorreção treinada);
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 3 minutos.

As intervenções realizadas na segunda sessão foram:

- Exercício ponte com foco no MI direito: 2×6 repetições, manter durante 2 segundos;
- Dissociação cintura pélvica, com rotação tronco contra desvio direito: 2×6 movimentos;
- Transferência de peso utilizado os braços, na posição sentado: 2×6 segundos, com foco de peso para direita;
- Carga no cotovelo com facilitação cruzada, sentado (lateralizar tronco direita): 2×6 repetições;
- Alternância carga nos MMSS na posição sentado (MI esquerdo → direito): 2×6 transferências lentas.

As intervenções realizadas na terceira sessão foram:

- Alternância de carga dos MMII em pé (com auxílio de cinto de transferência), corrigir desvio direito): 2×6 repetições lentas;
- Extensão do joelho direito com recurso a elástico na posição sentado: 2×6 repetições;
- Abdução anca direita com recurso a elástico em decúbito lateral esquerdo: 2×6 movimentos;

- Treino levantar/sentar simétrico (com auxílio de andarilho e cinto de transferência): 2×4 repetições;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 3 minutos.

As intervenções realizadas na quarta sessão foram:

- Equilíbrio dinâmico em pé assistido (MI esquerdo apoiado, MI direito assistido): 2×3 segundos cada lado;
- Treino de marcha assistido pelo EEER (lado direito, apoio ombro/mão): distância de 4 metros;
- Treino de marcha em linha (com auxiliar de andarilho, corrigir desvio para a direita): distância de 4 metros;
- Treino levantar/sentar: 2×4 repetições;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 4 minutos.

As intervenções realizadas na quinta sessão foram:

- Equilíbrio dinâmico com contorno obstáculos (auxílio de andarilho): 4 a 6 passos, supervisão direita;
- Treino de marcha funcional (mudanças direção suaves): distância de 5 metros;
- Abdução/adução anca em pé com recurso a elástico: 2×6 repetições;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 5 minutos.

As intervenções realizadas na sexta sessão foram:

- Equilíbrio dinâmico mudança rotação (sentar/levantar marcha): 2×4 repetições
- Mobilização tibiotársica ativa-assistida direita: 2×8 repetições;
- Elevação perna estendida em decúbito, com MI direito assistido: 2×6 repetições;
- Treino verticalização só com apoio do EEER (peso MI direito sem hiperextensão do joelho): 2×20 segundos;
- Treino de marcha com obstáculos: distancia de 6 metros;
- Treino levantar/sentar: 4 repetições;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 5 minutos.

Realizadas 6 sessões de enfermagem de reabilitação, com os seguintes objetivos delineados: Progressão estruturada desde mobilizações passivas/ativo-assistidas do MI direito até treino funcional de marcha com andarilho e cinto de segurança, promovendo

controlo postural estático e dinâmico (sentado e em pé), fortalecimento muscular seletivo do lado afetado e capacidade para deambulação segura e simétrica, sempre respeitando tolerância geriátrica com sessões curtas e pausas frequentes.

De referir que em todas as sessões de intervenção foi realizado treino de AVD, (higiene e conforto, eliminação, alimentação) e gestão de energia, para melhoria da capacidade funcional, reduzindo o grau de dependência no autocuidado, promovendo a autonomia da pessoa.

O participante no dia 28/11/2025 sofreu alteração do estado clínico, com alteração súbita do estado de consciência, não sendo possível realizar sessão de reabilitação a partir desse dia. Posteriormente, o P4 foi transferido para outra unidade hospitalar.

7.2.4. ESTUDO DE CASO 4- P4

Anamnese: Pessoa do sexo feminino, 72 anos, portuguesa, está reformada, é viúva, reside com os 2 filhos. Previamente independente nas AVD. Recorreu ao SU dia 03/11/2025 por síncope com hemiparesia à esquerda. Realizou análises sanguíneas, radiografia ao tórax, TAC CE, ECG. Posteriormente foi realizado Ecocardiograma, Holter e Doppler dos vasos do pescoço. Ficou internada no serviço de Medicina Ala Direita no dia 04/11/2025 com diagnósticos de AVC Isquémico do hemisfério direito.

Antecedentes pessoais: HTA; DM não insulino-tratado; Parkinsonismo vascular; AIT; Depressão; Declínio Cognitivo vascular. Alérgica ao Tramadol.

O Programa de Reabilitação teve início ao 7º dia de internamento, tendo realizadas quatro sessões de reabilitação, com uma duração que variou entre 30 e 40 minutos, num período de duas semanas.

As intervenções realizadas na primeira sessão foram:

- Mobilização ativa-assistida da articulação coxo-femoral/joelho/tibiotársica esquerda (flexão completa, eversão insistida): 2×10 repetições;
- Treino de equilíbrio estático, na posição sentado (tronco alinhado): 3×30 segundos + correção postural na cadeira;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 3 minutos.

As intervenções realizadas na segunda sessão foram:

- Exercício ponte (com MI esquerdo ativo): 2×8 repetições;
- Dissociação cintura pélvica: 2×8 repetições;
- Treino de equilíbrio com a transferência de braços na posição sentado e com carga cotovelo cruzada: 2×8 repetições cada;

-Alternância carga MI sentado: 2×8 transferências

As intervenções realizadas na terceira sessão foram:

-Treino autocorreção postural e treino de equilíbrio na posição sentado: 2×30 segundos;

-Treino de equilíbrio com alternância de carga nos MI's na posição em pé: 2×8 repetições;

-Treino de força com extensão do joelho esquerdo com recurso a elástico, na posição sentado: 2×10 repetições;

-Treino de verticalidade com apoio de EEER e andarilho: 2x5 repetições;

-Treino de marcha com apoio do EEER e andarilho: distância de 2 metros (calcanhar-planta-ponta).

As intervenções realizadas na quarta sessão foram:

-Correção postural na posição sentado, com autocorreção independente;

-Treino de equilíbrio na posição sentado: 2×45 segundos;

-Treino de equilíbrio unipodal assistido (com MI direito apoiado): 2×5 segundos cada lado;

-Treino de marcha assistida pelo EEER, com auxílio de andarilho: 2 metros;

-Treino de levantar/sentar: 2×6 repetições;

-Abdução/adução anca com recurso a elástico: 2×8 repetições;

-Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 5 minutos.

Realizadas 4 sessões de enfermagem de reabilitação, com os seguintes objetivos delineados: mobilização ativa-assistida do MI esquerdo e equilíbrio estático sentado para controlo postural inicial; exercícios ativos dos MI, treino de equilíbrio sentado dinâmico com transferência de peso e alternância de carga; a partir da terceira sessão, foi realizada correção sistemática da postura na cadeira, equilíbrio dinâmico em pé com cinto de transferência, fortalecimento muscular com elástico e início de marcha com apoio EEER e andarilho; culminando na quarta sessão com consolidação da autocorreção postural independente, marcha funcional avançada em linha e capacidade para uma deambulação segura com andarilho.

De referir que em todas as sessões de intervenção foi realizado treino de AVD, (higiene e conforto, eliminação, alimentação) e gestão de energia, para melhoria da capacidade

funcional, reduzindo o grau de dependência no autocuidado, promovendo a autonomia da pessoa.

A participante teve alta clínica para Unidade de Convalescença no dia 18/11/2025, para continuação de cuidados e reabilitação de AVD's.

7.2.5. ESTUDO DE CASO 5- P5

Anamnese: Pessoa do sexo feminino, 91 anos, portuguesa, está reformada, é viúva, reside sozinha, mas tem apoio das sobrinhas diariamente. Não tem descendentes. Previamente independente nas AVD. Recorreu ao SU dia 24/05/2025 por astenia e diminuição força muscular nos MI's. Realizou análises sanguíneas, radiografia ao tórax, TAC CE, ECG. Posteriormente, foi realizado Ecocardiograma, Holter e Doppler dos vasos do pescoço. Ficou internada no serviço de Medicina Ala Esquerda no dia 24/05/2025 com diagnósticos de AVC Isquémico do hemisfério direito.

Antecedentes pessoais: HTA; Declínio cognitivo em evolução; Invisual olho esquerdo.

O Programa de Reabilitação teve início ao 3º dia de internamento, tendo realizadas três sessões de reabilitação, com uma duração que variou entre 30 e 40 minutos, num período de 1 semana.

As intervenções realizadas na primeira sessão foram:

- Treino de força ao nível dos MMII: com elevação dos joelhos alternados, na posição sentado: 2×8 repetições em cada perna;
- Mobilização ativa-assistida dorsiflexão/plantarflexão bilateral: 2×10 repetições;
- Treino de equilíbrio estático, na posição sentado (tronco alinhado): 3×20 segundos;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 2 minutos.

As intervenções realizadas na segunda sessão foram:

- Treino de força com extensão dos joelhos bilateral com recurso a elástico, na posição sentado: 2×8 repetições cada perna;
- Autocorreção postural na cadeira;
- Treino de equilíbrio na posição sentado: 2×25 segundos;
- Transferência de peso alternada, na posição sentado: 2×8 transferências;
- Treino de marcha com apoio de andarilho: durante 6 metros;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 2 minutos.

As intervenções realizadas na terceira sessão foram:

- Treino de equilíbrio com alternância de carga nos MI's na posição em pé: 2×8 repetições;
- Treino de força com extensão do joelho esquerdo com recurso a elástico, na posição sentado: 2×10 repetições;
- Abdução/adução anca bilateral com recurso a elástico, na posição em pé: 2×6 repetições;
- Treino de força com extensão joelhos com recurso a elástico, na posição em pé: 2×8 repetições;
- Treino de marcha com apoio de andarilho: distância de 6 metros;
- Treino de exercício com recurso a pedaleira durante 5 minutos.

Realizadas 3 sessões de enfermagem de reabilitação, com os seguintes objetivos delineados: melhorar a força muscular bilateral dos membros inferiores, o equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé), e a capacidade de marcha funcional com apoio de andarilho, através de progressão estruturada desde ativação muscular e equilíbrio sentado, passando por fortalecimento com elásticos e início de marcha assistida, culminando na consolidação de equilíbrio em pé, treino de força com elásticos em ortostatismo e otimização da distância de marcha, promovendo maior segurança nas transferências e prevenção do risco de dependência motora.

De referir que em todas as sessões de intervenção foi realizado treino de AVD, (higiene e conforto, eliminação, alimentação) e gestão de energia, para melhoria da capacidade funcional, reduzindo o grau de dependência no autocuidado, promovendo a autonomia da pessoa.

A participante teve alta clínica para domicílio no dia 27/05/2025, onde residia previamente, mas com apoio de lar e familiares.

8. RESULTADOS

É crucial avaliar os resultados logo após a execução de um Programa de Reabilitação, mas igualmente importante garantir a sustentabilidade dos progressos ao longo do tempo.

Assim, a avaliação antes e depois do programa ganha especial significado, sendo enriquecida pela análise dos parâmetros vitais e da adesão aos exercícios e técnicas recomendados.

Neste capítulo apresentam-se os resultados alcançados com a implementação de um Programa de Reabilitação de Marcha em pessoas adultas/idosas com AVC e que apresentem compromisso na marcha previamente delineado no Projeto de Intervenção. Os dados foram sujeitos a uma análise descritiva, colhidos através do Instrumento de Recolha de Dados e processados no Microsoft Excel®.

Caracterização da Amostra

Primeiramente irei evidenciar a caracterização da amostra, em que resumo as principais variáveis relevantes para compreensão dos planos, intervenções implementadas e evolução funcional subsequente.

Quadro 6

Características dos participantes

Participantes	Idade	Sexo	Antecedentes Pessoais	Tipologia AVC	Localização AVC	Terapêutica Revascularização	Dias entre o AVC e início do plano de intervenção	Nº de sessões de treino RFM
P1	79	Feminino	HTA; DMID; AVC isquémico (lesões antigas no território da ACM direita)	Isquémico	Artéria cerebral Posterior	Não	+3	4
P2	88	Feminino	HTA; DMID; EAM em 07/2021; Doença coronária de 2 vasos com angioplastia; Insuficiência Mitral ligeira; Hipotireoidismo; AVC isquémico	Isquémico	Artéria Cerebral Média Direita	Não	+7	5

			a 07/2021					
P3	85	Masculino	BAV 1º grau; DRC; DLP; Tabagismo; Adenocarcinoma da próstata; Bronquite Crónica; Acidente Isquémico Transitório (2024); Hérnia discal L4-L5; Apneia do sono; AVC cardio-embólico em Abril de 2024 com internamento hospitalar (sem sequelas)	Isquémico	Artéria Cerebral Média Esquerda	Trombólise	+4	6
P4	72	Feminino	HTA; DM não insulino-tratado; Parkinsonismo vascular; AIT; Depressão; Declínio Cognitivo vascular.	Isquémico	Artéria Cerebral Média Direita	Não	+7	4
P5	91	Feminino	HTA; Declínio cognitivo em evolução	Isquémico	Artéria Cerebral Média Direita	Não	+3	3

A amostra deste estudo foi composta por cinco participantes (P1 a P5) com AVC isquémico agudo, todos recrutados no contexto de internamento hospitalar para RFM precoce, com idades compreendidas entre 72 e 91 anos (média de 82 anos).

Predominou o sexo feminino (80%), o que reflete a maior prevalência de AVC em mulheres idosas na população portuguesa, conforme dados epidemiológicos recentes, embora sem pretensão de representatividade populacional.

A localização dos AVC isquémicos na amostra distribuiu-se por 60% no território da Artéria Cerebral Média direita (P2, P4, P5), 20% na Artéria Cerebral Média esquerda (P3) e 20% na Artéria Cerebral Posterior (P1). Os casos afetaram o hemisfério direito em 80% (n=4), enquanto o esquerdo apenas em 20% (n=1), refletindo uma assimetria comum em AVC isquémicos idosos onde lesões direitas predominam, refletindo-se em sequelas no lado contrário afetado.

Os antecedentes pessoais relevam um perfil de elevado risco cardiovascular: HTA (60%), DM (40%), DLP (20%), DRC (20%) e história prévia de eventos cerebrovasculares (AVC antigo ou AIT em 40%). Destaca-se ainda a presença de comorbilidades respiratórias/circulatórias (bronquite crónica e insuficiência mitral em 20%) e oncológicas (adenocarcinoma da próstata, 20%), que potencialmente influenciam a tolerância ao treino funcional e a recuperação motora.

A intervenção de enfermagem de RFM iniciou-se precocemente, entre o 3.º e o 7.º dia após AVC, com um caso no 4.º dia, alinhando-se às recomendações de mobilização precoce para otimização dos resultados funcionais em fase aguda. O número de sessões variou entre 3 (n=1), 4 (n=2), 5 (n=1) e 6 (n=1), refletindo adaptações individuais à evolução clínica, capacidade de colaboração e alta hospitalar. Foram realizadas um total de 22 sessões de reabilitação.

Apenas um participante (P3) beneficiou de terapêutica de revascularização (trombólise, 20%), enquanto 80% não a recebeu, possivelmente por critérios de elegibilidade ou janela terapêutica excedida, o que pode condicionar a extensão do dano isquémico inicial e, consequentemente, o potencial de recuperação funcional observada nos resultados subsequentes. A trombólise é um tratamento de reperfusão urgente no AVC isquémico agudo, administrado por via endovenosa para dissolver o coágulo que obstrui a artéria cerebral, restaurando o fluxo sanguíneo e minimizando o dano neuronal no tecido isquémico viável (Sanarmed, 2024).

Esta caracterização demonstra uma amostra clínica realista e heterogénea, representativa de doentes idosos com AVC isquémico em contexto de cuidados de reabilitação hospitalar portuguesa, permitindo analisar o impacto das intervenções de

enfermagem face a diferentes perfis com diferentes graus de doenças associadas e do momento em que foi iniciada.

Análise das Funções Cognitivas

O *Mini Mental Station Examination* permite avaliar o estado cognitivo global dos participantes, através da análise dos resultados verificados no Quadro VII.

Quadro 7

Análise de resultados da Escala MMSE

Participantes	MMSE
P1	29
P2	27
P3	27
P4	28
P5	27

Resultados:

- 24- 30: Normal
- 18–23: Défice Cognitivo Leve
- 10–17: Défice Moderado
- <10: Défice Grave

O MMSE dos cinco participantes mostra função cognitiva preservada, com pontuações entre 27 e 29, sem indícios de défice cognitivo significativo. Estes resultados indicam que os participantes mantêm orientação, memória, atenção, linguagem e praxia adequadas para atividades diárias e reabilitação física.

Análise da Marcha

A escala FAC e a realização do teste TUG foram utilizados para avaliar a mobilidade funcional e a capacidade de marcha, em dois momentos distintos, através da análise dos resultados (Quadro 8).

Quadro 8

Análise de resultados da Escala FAC e Teste TUG

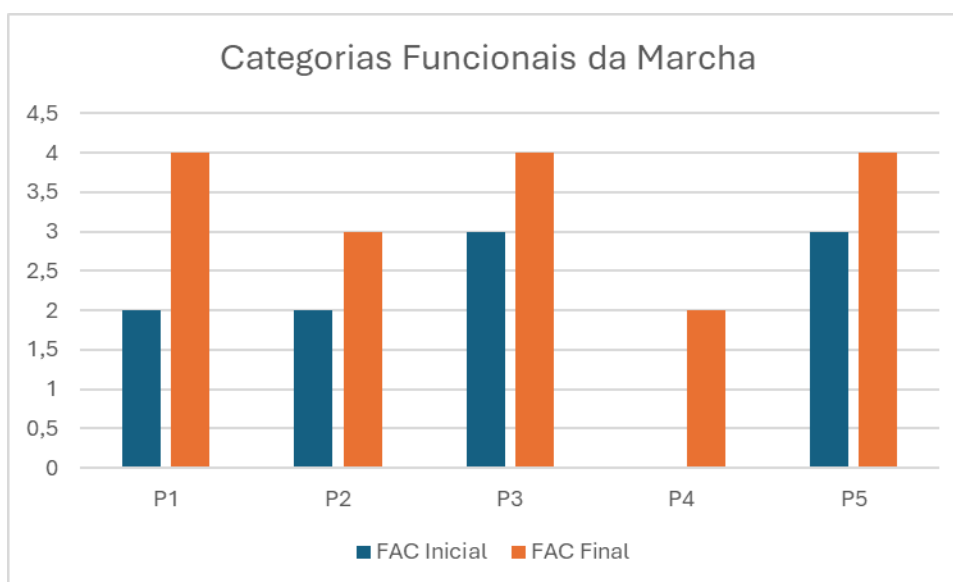
Participantes	FAC Inicial	FAC Final	TUG Inicial	TUG Final
P1	2	4	N/A	10,86s
P2	2	3	N/A	22,75s
P3	3	4	17,74s	15,91s
P4	0	2	N/A	N/A
P5	3	4	15,21s	14,80s

A evolução funcional dos cinco participantes, avaliada pela Escala FAC e TUG, demonstrou ganhos clinicamente significativos após 3-6 sessões de reabilitação funcional motora precoce.

Todos os casos apresentaram melhoria na FAC, com aumento médio de 1,6 pontos, correspondendo a um ganho médio de 80% face ao score máximo possível de 2 pontos.

Figura 2

Gráfico sobre desempenho dos participantes FAC



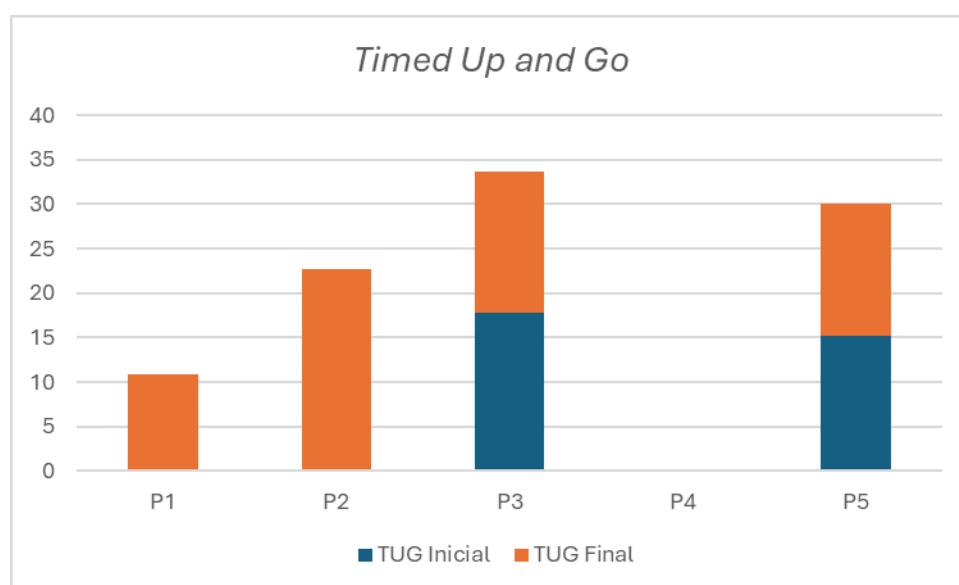
O gráfico de barras ilustra de forma clara a evolução da Escala de FAC nos cinco participantes, comparando os valores iniciais (barras azuis) com os finais (barras laranjas) após as sessões de reabilitação funcional motora. Todos os casos evidenciam melhoria universal, com aumento médio de 1,6 pontos (ganho de 80% face ao máximo possível),

culminando em 100% dos participantes a atingirem FAC ≥ 2 (capacidade de marcha supervisionada), critério essencial para alta hospitalar segura.

Os ganhos mais expressivos observam-se em P4 (0→2), representado pelo salto dramático da barra azul na base até à laranja em nível intermédio, e em P1 (2→4), onde a barra azul inicial duplica de altura para laranja máxima. Em P2 regista-se progressão moderada (2→3), enquanto P3 e P5 mostram ganhos consistentes, porém mais contidos (3→4), com barras azuis já elevadas que convergem para o "planalto" laranja em FAC=4 (80% dos casos atingem independência máxima).

Figura 3

Gráfico sobre desempenho dos participantes no teste TUG



O gráfico II apresenta os resultados do TUG nos cinco participantes, comparando valores iniciais e finais após reabilitação funcional motora.

Os participantes P1, P2 e P4 apresentam TUG inicial = 0 (incapazes de realizar o teste devido a confinamento ao leito ou dependência motora grave), evoluindo para valores finais de 10,86s (P1), 22,75s (P2), enquanto P4 se manteve não testável. Nos casos P3 e P5, inicialmente capazes de teste, observa-se redução de 17,74s para 15,91s (P3) e de 15,21s para 14,80s (P5), com melhoria média de 8,8% nos avaliáveis.

Sendo assim, podemos verificar que 40% dos casos tornaram-se testáveis (P1, P2), passando de dependência total para mobilidade cronometrada <23s (risco de quedas moderado). Todos os valores finais <30s alinham-se com independência funcional em idosos pós-AVC, validando a RFM precoce mesmo em avaliações iniciais gravemente comprometidos.

De referir que 40% dos participantes (2 participantes em 5) conseguiram realizar o TUG inicial (P3, P5). No final da intervenção, esta percentagem aumentou para 80% (4/5), com P1 a tornar-se testável (0→10,86s), enquanto P4 manteve-se não testável (0→0), que ao longo do período de treino, nunca foi capaz de realizar o teste de marcha.

Com base nos valores obtidos no teste TUG é possível inferir segundo Pereiro et al., (2021) que:

- Para adultos saudáveis, um tempo inferior a 10 segundos é geralmente considerado normal;
- Para idosos independentes, mas possivelmente frágeis, um tempo entre 11 e 20 segundos pode ser aceitável;
- Risco moderado de queda: um tempo entre 10 e 19 segundos pode indicar um risco moderado de queda;
- Alto risco de queda: Um tempo igual ou superior a 20 segundos, geralmente indica um alto risco de queda e sugere a necessidade de intervenções para melhorar o equilíbrio e a mobilidade.

A análise dos resultados do TUG revela evolução diferenciada nos cinco participantes após RFM precoce: inicialmente, 40% (P3, P5) apresentavam risco moderado de quedas (11-20s). Enquanto 60% (P1, P2, P4) eram não testáveis (TUG=0) devido a dependência motora grave; na pós-intervenção, 20% (P1) progrediu para TUG normal (<11s; 10,86s), 40% (P3, P5) manteve risco moderado com redução média de 6,6% no tempo, mas 20% (P2) atingiu alto risco (≥20s) e P4 permaneceu não testável (0s), evidenciando a necessidade de estratificação individualizada na RFM pós-AVC isquémico.

Análise do Equilíbrio

O equilíbrio foi avaliado pela Escala de Equilíbrio de Berg através do Quadro X nos cinco casos apresenta os valores antes e após a intervenção de RFM.

Quadro 9

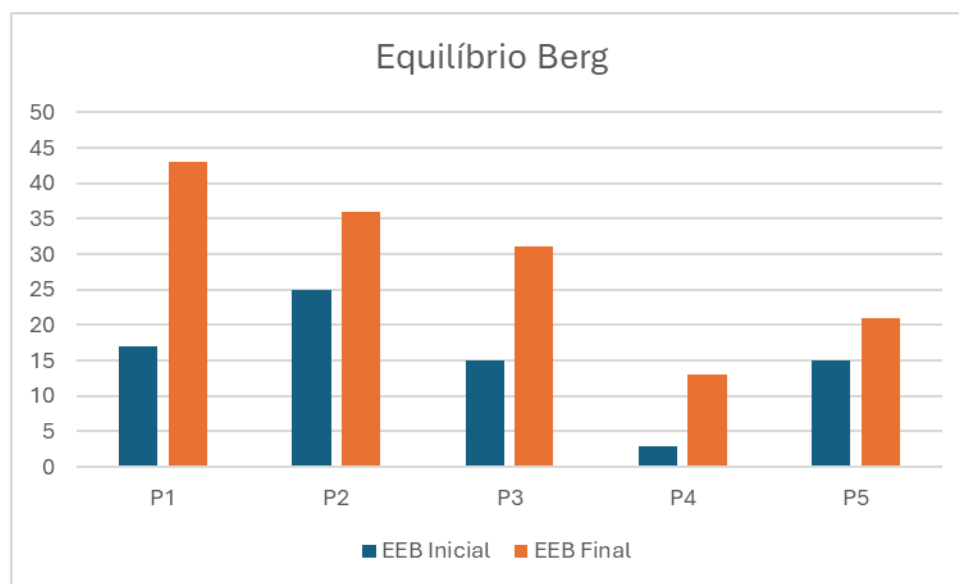
Análise de resultados da EEB

Participantes	EEB Inicial	EEB Final
P1	17	43
P2	25	36
P3	15	31
P4	3	13
P5	15	21

Os resultados da EEB mostram uma evolução positiva na capacidade de equilíbrio dinâmico dos cinco participantes entre as avaliações inicial e final. A média inicial foi de 15 pontos (faixa 3-25), classificando equilíbrio muito grave comprometido, evoluindo para média final de 28,8 pontos (faixa 13-43), alcançando moderado (melhoria média de 13,8 pontos).

Figura 4

Gráfico sobre *desempenho dos participantes na EEB*



Resultado:

- **0 - 20 pontos:** Equilíbrio Diminuído com Elevado Risco de Queda;
- **21- 40 pontos:** Equilíbrio Médio com Risco de Queda Médio;
- **41 - 56 pontos:** Equilíbrio Bom com Baixo Risco de Queda

O P1 passou de 17 para 43 pontos (ganho de 26), P2 de 25 para 36 (ganho de 11), P3 de 15 para 31 (ganho de 16), P4 de 3 para 13 (ganho de 10) e P5 de 15 para 21 pontos (ganho de 6), evidenciando ganhos significativos no equilíbrio dinâmico ao final do programa de reabilitação.

A análise dos resultados da escala, considerando a classificação, revela progresso significativo no equilíbrio dinâmico, embora persistam riscos de queda em todos os participantes. P1 destacou-se com recuperação excecional (passou de 17 para 43), transitando de elevado para baixo risco de queda. P2, P3 e P5 progrediram para risco médio, enquanto P4 manteve elevado risco apesar do ganho absoluto.

Análise da Independência Funcional

Foi utilizado a Escala de Índice de Barthel para avaliar o grau de independência nas atividades básicas da vida diária, tal como se pode verificar através dos valores obtidos no Quadro XI.

Quadro 10

Análise de resultados da Escala IB

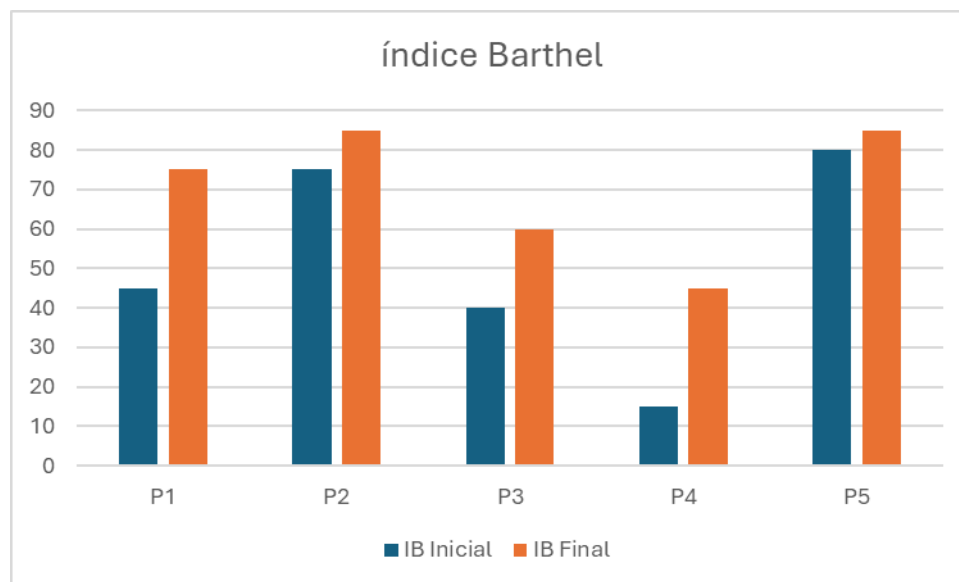
Participantes	IB Inicial	IB Final
P1	45	75
P2	75	85
P3	40	60
P4	15	45
P5	80	85

Os resultados do quadro mostram a evolução da funcionalidade dos cinco participantes (P1 a P5) entre a avaliação inicial e final da IB.

O P1 apresentava dependência grave (45) e passou para dependência moderada (75). Houve melhoria funcional relevante, indicando maior autonomia nas atividades básicas. Já o P2 manteve-se na categoria de dependência moderada, mas com aumento de 75 para 85, sugerindo melhoria funcional dentro do mesmo nível de dependência. P3 passou de 40 para 60, mantendo-se tecnicamente em dependência grave, mas muito próximo da categoria de dependência moderada. O P4 apresentava dependência total (15) inicialmente e evoluiu para dependência grave (45). Trata-se da melhoria mais expressiva em termos de mudança de categoria funcional. Por último, o P5 já apresentava um nível funcional relativamente melhor (80) e teve uma melhoria ligeira para 85, mantendo dependência moderada.

Figura 5

Gráfico sobre análise de resultados da Escala IB



Resultados:

- 25 e menos pontos: Dependência Total;
- 26 a 50 pontos: Dependência Severa;
- 51 a 75 pontos: Dependência;
- 76 a 99 pontos: Dependência Leve;
- 100 pontos: Totalmente Independente

O gráfico apresenta a comparação entre os valores iniciais e finais do Índice de Barthel para os cinco participantes, permitindo observar a evolução da capacidade funcional nas atividades básicas da vida diária.

A média do grupo aumentou de 51 para 70, indicando uma evolução global da dependência grave para dependência moderada. Os participantes com maior limitação inicial (P1 e P4) foram os que apresentaram ganhos mais acentuados, sugerindo maior potencial de recuperação funcional. Os participantes com maior autonomia inicial (P2 e P5) apresentaram melhorias menores, pois as participantes já tinham uma pontuação muito alta na avaliação, ficando com pouca margem para melhorar, mesmo que na realidade tenha melhorado funcionalmente.

De forma geral, o gráfico demonstra uma tendência positiva em todos os participantes, com aumento das pontuações finais relativamente às iniciais. Isto sugere que houve melhoria global da funcionalidade e maior independência nas atividades da vida diária.

Análise da Força Muscular

Através da análise da força muscular dos participantes, com a aplicação da escala MRC (Gráfico XII), é possível observar a evolução dos participantes, relativamente à força muscular no hemicorpo afetado, ao longo do treino de RFM.

Quadro 11

Análise de resultados da Escala MRC

Participantes	MRC Inicial	MRC Final
P1	Membro Superior Esquerdo 3/5	Membro Superior Esquerdo 4/5
	Membro Inferior Esquerdo 3/5	Membro Inferior Esquerdo 4/5
P2	Membro Superior Esquerdo 4/5	Membro Superior Esquerdo 4/5
	Membro Inferior Esquerdo 4/5	Membro Inferior Esquerdo 4/5
P3	Membro Superior Esquerdo 3/5	Membro Superior Esquerdo 4/5
	Membro Inferior Esquerdo 3/5	Membro Inferior Esquerdo 4/5
	Membro	Membro

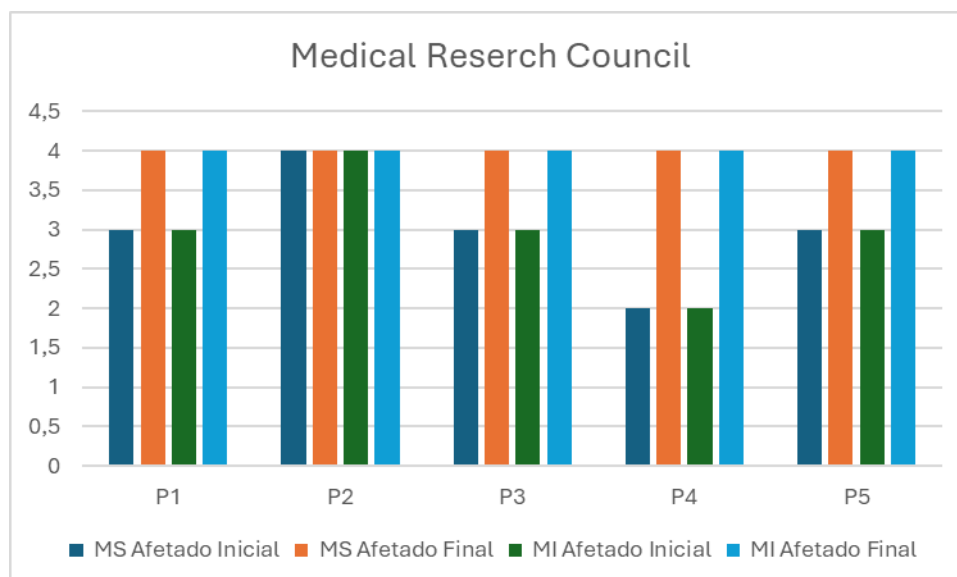
P4	Superior Esquerdo 2/5	Superior Esquerdo 4/5
	Membro Inferior Esquerdo 2/5	Membro Inferior Esquerdo 4/5
P5	Membros Superiores 3/5	Membros Superiores 4/5
	Membros Inferiores 3/5	Membros Inferiores 4/5

Os resultados da escala MRC mostram melhorias na força muscular dos cinco participantes entre as avaliações inicial e final, com ganhos principalmente nos membros superiores e inferiores.

O participante P1 evoluiu de MS 3/5 e MI 3/5 para MS 4/5 e MI 4/5, correspondendo a um ganho de 2 pontos totais; P2 manteve MS 4/5 e MI 4/5 em ambas as avaliações, sem alteração; P3 passou de MS 3/5 e MI 3/5 para MS 4/5 e MI 4/5, com ganho de 2 pontos; P4 apresentou a maior evolução, de MS 2/5 e MI 2/5 para MS 4/5 e MI 4/5, totalizando ganho de 4 pontos; e P5 progrediu de MS 3/5 e MI 3/5 para MS 4/5 e MI 4/5, com ganho de 2 pontos.

Figura 6

Gráfico sobre análise de resultados da Escala MRC



Resultado:

- 0- Sem contração muscular palpável ou visível;
- 1- Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro;
- 2- Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular;
- 3- Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não a resistência;
- 4- Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade e a resistência;
- 5- Força normal.

O gráfico da escala MRC demonstra melhorias na força muscular de todos os participantes (exceto P2 estável), com todos atingindo grau 4/5 nos membros superiores e inferiores no final.

A média inicial total (MS + MI) foi de 6,0 pontos, elevando-se para 8,0 pontos finais (ganho médio de 2,0 pontos). O desvio padrão diminuiu, indicando homogeneização da força ao nível de resistência moderada (grau 4).

O P4 destacou-se com o maior ganho (+4 pontos), enquanto P2 manteve força preservada.

Análise da Qualidade de Vida

Através da análise da qualidade de vida dos participantes, com a aplicação da EQVW (Gráfico XIII), é possível medir a percepção da pessoa sobre seu bem-estar em várias áreas da vida. A Escala WHOQOL-100 mede qualidade de vida em domínios como físico, psicológico, relações sociais e ambiente, com pontuações de 0 a 100 (maior é melhor).

Quadro 12

Análise de resultados da Escala Whoqol-100

Participantes	Whoqol-100 Inicial	Whoqol-100 Final
P1	368 Qualidade de Vida Moderada	380 Qualidade de Vida Moderada-Boa
P2	340 Qualidade de Vida Moderada	345 Qualidade de Vida Moderada
P3	350 Qualidade de Vida Moderada	360 Qualidade de Vida Moderada
P4	320 Qualidade de Vida Moderada	325 Qualidade de Vida Moderada
P5	366 Qualidade de Vida Moderada-Boa	370 Qualidade de Vida Moderada-Boa

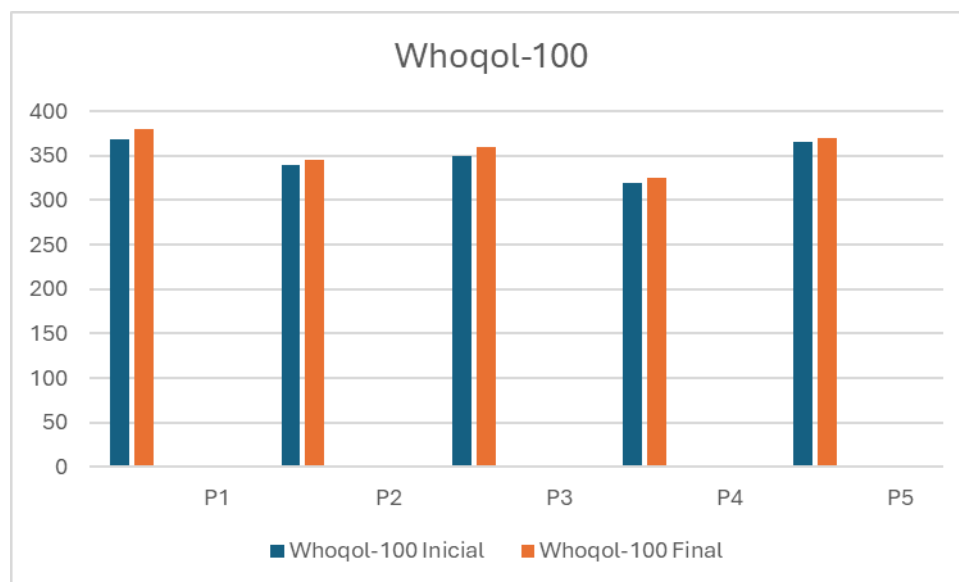
A análise dos resultados do WHOQOL-100 revela evolução positiva na qualidade de vida percebida nos cinco participantes após RFM, com melhoria média de +9 pontos (ganho de 2,4%) e manutenção ou progressão na classificação clínica em todos os casos.

Todos os participantes apresentaram qualidade de vida moderada inicialmente, evoluindo para moderada-boa em 40% dos casos (P1: 368→380; P5: 366→370). Os restantes mantiveram classificação moderada com ganhos absolutos: P2 (+5 pontos), P3 (+10 pontos), P4 (+5 pontos).

Tendo em conta o score final de 354 pontos médios (71/100 na escala transformada), reflete uma perceção subjetiva positiva de recuperação holística (físico, psicológico, independência) alinhada aos ganhos motores vistos anteriormente.

Figura 7

Gráfico sobre relação resultados após Whoqol-100 Inicial e Final



O gráfico de barras apresenta os resultados do WHOQOL-100 (questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde) em avaliações iniciais e finais para cinco participantes.

Os participantes P4 e P5 iniciaram com pontuações mais baixas (média de 250), mas apresentaram os maiores ganhos relativos (média de 18%), sugerindo boa resposta à reabilitação em casos iniciais graves. A consistência nos aumentos (13% a 20%) aponta para eficácia uniforme do protocolo, ideal para documentação clínica ou teses em enfermagem de reabilitação.

Todos os participantes mostram ganhos da avaliação inicial para a final, indicando melhoria geral após intervenção, comum em contextos de reabilitação como AVC.

Análise da Dor

Foi utilizado a Escala Numérica de avaliação da Dor para o participante avaliar a dor em cada sessão da RFM, através da tal como se pode verificar através dos valores obtidos no Quadro XIX.

Quadro 13

Análise de resultados da Escala Numérica da Dor

Participantes	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão
P1	4	4	2	1		
P2	2	2	1	0	0	
P3	2	2	1	1	0	0
P4	4	3	2	2		
P5	1	1	1			

Definição segundo DGS (2003):

0-Ausência total de dor

10- Dor de intensidade máxima

Os resultados da Escala Numérica de Dor mostram redução progressiva da intensidade da dor ao longo das sessões de reabilitação para todos os participantes.

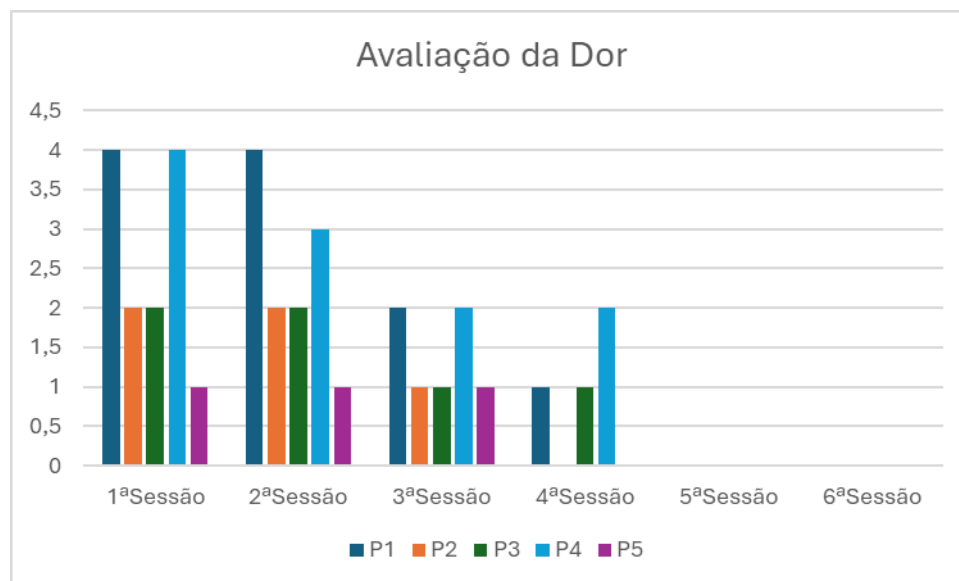
Verifica-se uma redução média de 75% na dor inicial, alcançando dor leve/mínima ou ausente em 6 sessões. P2 e P3 atingiram 0; P1, P4 e P5 mantêm dor leve (1-2), possibilitando que o participante consiga realizar sessões de reabilitação, de forma a não ser incapacitante.

O lado afetado do AVC determina o hemisfério contralateral com dor, pois lesões cerebrais provocam défices motores e sensitivos no lado oposto do corpo.

Os pacientes com dor inicial leve (P2, P3, P5) respondem mais rapidamente (5 sessões para dor mínima), enquanto dor moderada inicial (P1, P4, referem dor no hemisfério esquerdo) requer mais sessões, mas atinge uma redução clinicamente relevante ($\geq 50\%$, conforme DGS). Este padrão valida a reabilitação precoce motora, reduzindo espasticidade típica após AVC, com P4 necessitando seguimento por dor residual (2 pontos).

Figura 8

Gráfico sobre relação resultados da Dor em cada sessão de intervenção



O gráfico de barras apresenta a evolução da intensidade da dor (0 a 10) ao longo das 6 sessões de reabilitação para os participantes P1-P5.

Todos os participantes iniciam com dor leve a moderada (1-4 pontos) e mostram tendência decrescente, atingindo dor mínima (0-2) ou ausente. P2 e P3 alcançam 0 pontos (sem dor), enquanto P1, P4 e P5 mantêm dor residual leve (1-2 pontos). O P2 e P3 nas últimas sessões não apresentaram dor.

Os ganhos observados nas escalas FAC e TUG comprovam as propriedades psicométricas e achados terapêuticos descritos pelos autores originais, validando a reabilitação precoce como catalisador de recuperação funcional da marcha em AVC isquémico (Holden et al., 1986; Podsiadlo & Richardson, 1991). Desta forma, é verificada a capacidade da FAC na progressão de dependência, de total para supervisionada, alinhando-se com estudos que reportam ganhos semelhantes em protocolos intensivos curtos (Holden et al., 1986). A literatura confirma uma correlação negativa entre FAC e TUG, dado que maiores valores na FAC (maior independência marcha) associam-se a tempos TUG mais curtos (melhor mobilidade/equilíbrio), como observado nos resultados (Holden et al., 1986; Podsiadlo & Richardson, 1991).

9. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a implementação do programa de RFM voltado para a Reeducação da Marcha em pessoas Adultas/Idosas com AVC, com apresentação dos resultados alcançados, torna-se essencial discuti-los com base na evidência científica disponível.

Os cinco estudo-casos ilustram de forma muito clara como a acumulação de fatores de risco modificáveis e não modificáveis podem levar a ocorrência de AVC isquémico em idosos e como o programa de reabilitação que descrevi atua essencialmente sobre o “rasto funcional” desses fatores, mais do que sobre a sua origem biológica (Boehme et al., 2017; Feigin et al., 2025).

Todos os participantes apresentam múltiplos fatores modificáveis, como HTA (presente em P1, P2, P4, P5), DM (P1, P2, P4), cardiopatias como FA (P1) ou enfarte prévio (P2), Ex tabagismo (P3) e provável sedentarismo associado a comorbilidades ortopédicas e idade avançada, verificado em todos os casos, configurando um conjunto de fatores de risco que atuam de forma sinérgica descrito por Boehme et al. (2017). Os fatores não modificáveis dominam: idade superior a 70 anos em todos os participantes (duplicando risco por década após 55 anos; Feigin et al., 2025), história de AVC/AIT prévio (P1, P2, P3, P4; aumentando o risco de recorrência para 10-15%/ano; Hankey, 2023) e sexo (mulheres em 80% dos casos, com maior incidência pós-menopausa (Carcel et al., 2024; Rexrode et al., 2022).

A HTA, como fator mais potente (51% carga global; Feigin et al., 2025; Campbell et al., 2023), coexiste com a DM e DLP em vários casos, tal como o sedentarismo (O'Donnell et al., 2023). aumento amplificando o risco por efeito multiplicativo (Boehme et al., 2017).

A imobilidade após AVC, vai agravar a HTA, glicemia e dislipidemia, assim como existe um elevado risco de recorrência por AVC prévio (Hankey, 2023). Esta abordagem reflete a prevenção secundária em ER, reduzindo dependência funcional apesar de existirem fatores não modificáveis como idade e sexo (Feigin et al., 2025; Carcel et al., 2024).

Estes casos exemplificam a realidade portuguesa de AVC em idosos com cluster de riscos metabólicos/cardiovasculares, onde a reabilitação precoce otimiza recuperação apesar da vulnerabilidade (Boehme et al., 2017; Feigin et al., 2025).

Os cinco participantes apresentam AVC isquémicos predominantemente em territórios arteriais que afetam o hemisfério direito ou a artéria cerebral média (ACM) esquerda, resultando em hemiparesia/hemiplegia contralateral (esquerda ou direita), disartria e défices motores, alinhando-se diretamente com as manifestações clínicas descritas por Pimentel e Ferro (2006).

A adequação do programa de reabilitação aos territórios vasculares específicos constituiu um princípio orientador das intervenções, permitindo uma progressão terapêutica individualizada que respeitou as vias piramidais comprometidas (Pimentel e Ferro, 2006).

Os seus programas de reabilitação iniciados precocemente (entre o 3.º e 7.º dia de internamento) estão perfeitamente alinhados com a evidência que demonstra ganhos funcionais superiores quando a intervenção ocorre nas primeiras 24-48 horas após estabilização clínica, aproveitando a plasticidade neural máxima no período agudo do AVC (Pimentel & Ferro, 2006; Feigin et al., 2025). Segundo a evidência, os défices motores por lesões vasculares territoriais têm maior potencial de recuperação quando são abordados precocemente, antes da consolidação de padrões viciosos, como a espasticidade e contraturas. Esta abordagem permitiu que todos os participantes progredissem de mobilizações passivas para circuitos funcionais em menos de 2 semanas, com altas para domicílio ou convalescença com menor dependência nas AVD.

A progressão de mobilizações passivas a circuitos funcionais alinha-se com evidência de ganhos em marcha e AVD, essencial para quebrar o ciclo de sedentarismo e dependência em doentes com múltiplos fatores (O'Donnell et al., 2023; Peters et al., 2022).

Os participantes com MMSE dentro da normalidade tendem a compreender melhor as instruções verbais e as demonstrações motoras, o que facilita a execução correta das sequências de exercícios e a correção postural durante as sessões de reabilitação (Brucki et al., 2003; Santana et al., 2016). A atenção e a capacidade de concentração preservadas permitem que os participantes mantenham o foco durante períodos prolongados (30–45 minutos), seguindo várias etapas de um circuito de exercícios sem se perderem na tarefa (Brucki et al., 2003; Paixão Júnior & Reichenheim, 2005). A memória de trabalho e a capacidade de evocação adequadas favorecem a aprendizagem motora, permitindo que o doente retenha o que foi treinado e reproduza esses comportamentos fora das sessões, potenciando a consolidação dos ganhos funcionais (Faria et al., 2011; Santana et al., 2016). Do ponto de vista das funções executivas básicas, uma pontuação de MMSE na faixa normal sugere uma capacidade mínima para planejar, iniciar e sequenciar ações, o que é essencial para participar ativamente nas atividades de vida diária treinadas na reabilitação, como a higiene, o vestir ou as transferências cama-cadeira (Paixão Júnior & Reichenheim, 2005; Faria et al., 2011). Por último, a compreensão preservada do próprio estado de saúde e dos objetivos terapêuticos está associada a maior motivação e adesão ao programa, reduzindo o abandono e aumentando a probabilidade de cumprimento das orientações e dos exercícios domiciliários (Faria et al., 2011; Santana et al., 2016).

Os ganhos observados na marcha relacionam-se diretamente com o treino específico de equilíbrio implementado, uma vez que o equilíbrio dinâmico é um fator essencial para uma marcha segura e independente em pessoas com AVC (Mósca, 2001; Holden et al., 1986).

O treino sistemático de equilíbrio feito de forma organizada e progressiva, seguindo uma lógica, produz melhorias visíveis na capacidade de andar, sendo um modelo eficiente para a progressão da marcha. O equilíbrio é um elemento essencial e fundamental que permite e torna possível a capacidade de andar de forma independente e segura (Mósca, 2001; Holden et al., 1986; Podsiadlo & Richardson, 1991).

Os ganhos no Índice de Barthel relacionam-se diretamente com as intervenções sistemáticas de treino de AVD integradas em todas as sessões do programa, demonstrando transferência específica do treino para funcionalidade quotidiana (Mahoney & Barthel, 1965; Araujo et al., 2007).

O aumento da força muscular é um fator determinante para os ganhos na marcha funcional, uma vez que a hemiparesia após AVC compromete especificamente os músculos do hemicorpo contralateral, exigindo potência mínima grau 4 para suportar peso corporal e propulsão, segundo escala MRC. Os exercícios de fortalecimento muscular atuaram como impulsionador principal da recuperação da marcha, transformando a força muscular direcionada em movimentos de andar verdadeiramente funcionais. O facto de todos os participantes terem alcançado MRC de grau 4 explica os ganhos consistentes nas escalas FAC e Barthel, confirmando os exercícios resistidos progressivos como instrumento essencial da ER após AVC.

A redução progressiva da dor ao longo das sessões constituiu fator facilitador da adesão e eficácia do programa, permitindo a progressão terapêutica segura apesar de hemiparesia e comorbilidades associadas de cada participante. A monitorização contínua da dor em cada sessão de reabilitação, otimizou os exercícios implementados, garantindo a segurança e melhorando a qualidade de vida de cada pessoa (DGS, 2003).

O Programa de Reabilitação teve um impacto bastante positivo para cada pessoa, foram evidenciadas melhorias físicas objetivas em bem-estar pessoal perceptível e quantificável. A combinação estruturada de treino de atividades de vida diária, controlo da dor e progressão da função motora justifica o aumento no Escala WHOQOL-100, destacando a enfermagem de reabilitação como elemento essencial na recuperação completa após AVC. A implementação do programa de reabilitação precoce resultou em melhoria significativa da qualidade de vida diretamente relacionada com os ganhos obtidos (força muscular, equilíbrio, marcha, AVD), refletindo-se nos domínios físico, na independência e psicológico da escala de qualidade de vida (WHOQOL, 1994).

10. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Impõe-se, neste contexto, uma análise reflexiva do desenvolvimento das competências ao longo do percurso formativo, articulando os conhecimentos teóricos com a prática clínica e incidindo sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as competências próprias do grau de mestre.

De acordo com a OE (2019a), o enfermeiro especialista distingue-se pela competência científica, técnica e relacional que lhe permite oferecer cuidados especializados de enfermagem em diferentes áreas de especialidade, sendo-lhe atribuído o título de Enfermeiro Especialista. Este reconhecimento implica a posse de competências comuns partilhadas, complementadas por competências específicas, aplicáveis aos vários cenários de prestação de cuidados de saúde.

Nesse sentido, a reabilitação, enquanto área multidisciplinar, procura otimizar a funcionalidade, fomentar a autonomia e o bem-estar da pessoa, salvaguardando a sua autoestima. Cabe ao EEER elaborar, executar e acompanhar planos de enfermagem de reabilitação personalizados, centrados nos problemas reais e potenciais dos indivíduos. Com um profundo saber teórico e prática consolidada, este profissional ganha capacidade para decidir sobre ações de promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, com o objetivo de potenciar ao máximo as capacidades da pessoa (OE, 2019b).

10.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA (REGULAMENTO Nº 140/2019)

O EE detém competências técnicas e científicas específicas que lhe facultam a realização de atividades mais complexas e diferenciadas na sua área de especialização, diferenciando-se claramente das competências do enfermeiro de cuidados gerais (Lopes et al., 2018).

As competências comuns deste profissional organizam-se em quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

10.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Ao longo dos estágios, a competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi mobilizada na tomada de decisão clínica quotidiana, nomeadamente na garantia do consentimento informado, na salvaguarda da confidencialidade, no respeito pela autonomia da pessoa e na adequação das intervenções ao seu estado clínico, sempre orientadas pela dignidade humana, pela segurança e pelos princípios deontológicos da profissão (OE, 2019a).

Este exercício traduziu-se, concretamente, na explicação prévia dos objetivos e procedimentos dos cuidados e avaliações, na adaptação do plano de reabilitação às preferências e limites de cada pessoa, na proteção da informação clínica em todos os registos e comunicações, e na ponderação sistemática entre benefícios esperados e potenciais riscos das intervenções de reeducação da marcha.

Nos termos do artigo 99.º do Código Deontológico, integrado no Estatuto da OE e republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, a atividade de enfermagem deve guiar-se pela salvaguarda da liberdade e dignidade da pessoa humana e do profissional, honrando valores universais na relação profissional como igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento contínuo, além do respeito pelos direitos humanos e a busca pela excelência profissional, aplicáveis a todas as áreas de intervenção (Lei n.º 156/2015). Com efeito, embora a prática do enfermeiro de reabilitação apresente particularidades ligadas às características dos indivíduos assistidos, a ética que a fundamenta permanece idêntica à de qualquer enfermeiro, sendo universais os princípios, valores e deveres deontológicos, independentemente do contexto assistencial (Deodato, 2016).

Conforme o artigo 102.º do mesmo Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), o dever do enfermeiro consiste em valorizar os princípios humanos da pessoa, comprometendo-se com cuidados não discriminatórios, proteção dos seus direitos, promoção da autonomia e qualidade de vida, evitando juízos pessoais e respeitando opções políticas, culturais, morais ou religiosas, garantindo assim o exercício pleno dos seus direitos. Nesse sentido, Deodato (2016) sublinha que o enfermeiro de reabilitação, ao atuar com pessoas com incapacidade, procura equalizar as experiências quotidianas, adaptando a vida à sua condição com igual dignidade e qualidade, potenciando a qualidade de vida como forma de concretizar a dignidade humana e o agir ético do EEER.

No exercício profissional, o enfermeiro especialista atua de modo seguro, profissional e ético, recorrendo a competências de decisão ética e deontológica, suportadas em saber especializado, análise das melhores práticas e preferências individuais (OE, 2019a).

Durante o estágio, a prática foi direcionada por uma atuação e tomada de decisão centradas na proteção da liberdade e dignidade da pessoa, com pleno respeito pelos direitos humanos fundamentais.

Como mencionado previamente, no âmbito deste plano de intervenção e dos cuidados de enfermagem especializados a ele associados, destaca-se que todos os participantes foram assistidos com dignidade e respeito pelos direitos humanos, cumprindo os princípios éticos da profissão. Observaram-se a beneficência e não maleficência mediante um plano de intervenção avaliado, baseado em evidências científicas, construído com a pessoa e

voltado para ganhos funcionais, sem riscos desnecessários. Respeitou-se a fidelidade, fomentando relações de confiança e empatia; a veracidade, com informação clara sobre procedimentos, riscos e benefícios, incluindo consentimento livre e esclarecido; e a confidencialidade, protegendo toda a informação pessoal recolhida. O projeto foi avaliado pela Comissão de Ética da instituição, obtendo parecer favorável, conforme já referido anteriormente.

Antes da inclusão no projeto de intervenção, todos os participantes receberam esclarecimentos completos, solicitando-se sempre o consentimento informado, livre e esclarecido.

Diante disto, conclui-se que a relação terapêutica estabelecida com a pessoa — fundamentada no respeito pelos direitos humanos, nas responsabilidades profissionais e no cumprimento das normas legais, princípios éticos e deontológicos — orientou integralmente a prática ao longo deste trajeto.

10.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O EE participa na elaboração, execução e divulgação de projetos institucionais relacionados com a qualidade, reconhecendo que a sua otimização passa pela avaliação regular das práticas, pela sua possível reformulação e pela adoção de mecanismos de melhoria contínua. Assume igualmente uma gestão ativa do ambiente centrado na pessoa, como fator crucial para a eficácia dos tratamentos, o fomento do bem-estar e a prevenção de riscos e eventos adversos (OE, 2019a).

A qualidade e segurança nos cuidados representam um dever ético, pois contribuem para diminuir riscos evitáveis, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e assegurar cuidados prestados com dignidade (Pontes e Santos, 2016).

O EEER tem a responsabilidade de impulsionar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida das pessoas, guiando-se pelos padrões de qualidade em enfermagem de reabilitação estabelecidos pela OE, que fundamentam a prática clínica especializada (Pontes & Santos, 2016). Nesse contexto, a melhoria contínua deve ser um pilar da atuação dos profissionais de saúde, configurando-se como um processo dinâmico e rigoroso, apoiado em indicadores, ferramentas e estratégias que direcionem as ações para a excelência assistencial (Rocha, 2020). Torna-se essencial garantir intervenções precisas e adequadas, ancoradas na melhor evidência disponível e numa atualização constante do saber, num compromisso permanente com a qualidade e excelência nos cuidados à população (Pereira, 2016). Assim, tornou-se habitual recorrer a pesquisas bibliográficas em múltiplas fontes para embasar de forma sólida e eficaz os cuidados durante os estágios.

Para reforçar a qualidade assistencial, elaborou-se um protocolo de scoping review com a evidência mais recente, método que permite sintetizar de forma sistemática a extensão e características da evidência disponível sobre um tema, conceito ou problema, integrando diversas fontes e contextos de aplicação (Amendoeira, 2022). Intitulada “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação Direcionadas à Deambulação em Pessoas com AVC em Internamento”, esta revisão visou identificar as intervenções/exercícios do EEER em programas de reabilitação orientados para a marcha/deambulação reportados em pessoas com AVC em internamento hospitalar, promovendo funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, tendo sido partilhada com colegas em contexto de ensino clínico.

Este trabalho permitiu sustentar a seleção das intervenções do programa de reeducação da marcha em evidência científica atual, contribuindo para uma prática mais segura, fundamentada e orientada para ganhos funcionais.

A frequência em ações de formação ao longo deste período fomentou a atualização de competências, resultando numa melhoria contínua da qualidade, com ganho de literacia em áreas e contextos da especialidade como “O enfermeiro de reabilitação na prevenção de LMERT”, “Importância de uma correta ergonomia dos enfermeiros na mobilização de doentes”, “I Jornadas do Núcleo de Enfermagem da Reabilitação da ULSBA” e “I Jornadas do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação da ULSLO”, onde se debateram temas relevantes para a reabilitação, permitindo aprofundar conhecimentos com base na evidência atual.

Durante o estágio em enfermagem de reabilitação na Unidade Local de Saúde na região do Alentejo, realizei duas formações em serviço para capacitar a equipa de enfermagem, alinhadas às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, ao dinamizar a formação contínua da equipa, otimizar processos assistenciais e maximizar a funcionalidade dos doentes. No Serviço de Ortopedia realizei formação “Mobilização Precoce no doente Ortopédico” (Apêndice IV) e posteriormente no Serviço de Medicina Ala Direita realizei formação “Mobilização Precoce no doente hospitalizado” (Apêndice V), tendo como principal objetivo destacar a importância do enfermeiro e restante equipa na mobilização precoce no doente, reduzindo complicações em doentes ortopédicos e internados, maximizando funcionalidade e independência. A dinamização destas formações constituiu um contributo direto para a melhoria contínua da qualidade, ao promover atualização da equipa, sensibilização para práticas seguras e reforço da intervenção precoce na prevenção de complicações associadas à imobilidade.

Nos estágios, cada turno começava pela identificação e priorização, em colaboração com a enfermeira orientadora, das pessoas necessitando de cuidados especializados de reabilitação, planeando intervenções personalizadas que consideravam necessidades

individuais, culturais e espirituais. Nas ações de reabilitação, assegurando um ambiente seguro e terapêutico, avaliaram-se situações e fatores de risco que pudessem afetar a integridade física ou psicológica, permitindo respostas ágeis para mitigar ou eliminar esses perigos. Para atingir estes fins, foi essencial familiarizar-se com o espaço físico, os equipamentos e materiais disponíveis, bem como com a organização dos serviços onde os cuidados decorreram.

10.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

O EE assume a gestão dos cuidados, maximizando o desempenho da equipa de enfermagem e de saúde, assegurando a segurança e qualidade das atividades delegadas, ajustando recursos às necessidades individuais e selecionando o estilo de liderança apropriado para garantir a excelência assistencial (OE, 2019a).

A liderança desempenha um papel fundamental na reabilitação, considerando a complexidade e individualidade de cada trajeto reabilitacional. A prática de liderança na coordenação de processos e resultados revela-se indispensável, impactando diretamente a eficiência e efetividade dos cuidados proporcionados por diferentes equipas profissionais nas organizações (Pontes & Santos, 2016). Uma liderança competente facilita a supervisão adequada, otimiza a alocação de recursos e reforça a relevância da formação contínua — concebida como processo estruturado que aprimora competências pessoais e profissionais, saberes e valores humanos ao longo da carreira dos profissionais de saúde (Pontes & Santos, 2016).

A atuação do EEER começa pela análise do contexto, prosseguindo com a identificação das necessidades específicas de cada indivíduo, formulação e execução do plano de cuidados, seguida da sua avaliação e eventuais ajustes. Neste processo dinâmico, destacou-se a colaboração estreita com a equipa multidisciplinar (incluindo enfermagem, fisioterapia, terapia da fala, médica), fomentando a troca de saberes e experiências. Esta coordenação assegura uma gestão eficiente dos cuidados, com intervenções personalizadas às necessidades das pessoas e contribuições para ganhos funcionais, alinhados ao plano de intervenção estabelecido, visando os melhores outcomes possíveis.

Durante os estágios, a prática clínica privilegiou a gestão e aproveitamento ótimo dos recursos disponíveis em cada serviço, assegurando a qualidade dos cuidados especializados de enfermagem, adaptados às particularidades individuais e às dinâmicas da equipa multidisciplinar. Esta estratégia enfatizou a compreensão das necessidades da pessoa e a construção de um ambiente favorável, que potenciou a prática e elevou a qualidade dos cuidados de reabilitação.

Esta competência foi particularmente mobilizada na priorização das pessoas com maior necessidade de intervenção de reabilitação em cada turno, na organização das sessões de treino em função da estabilidade clínica e tolerância individual e na articulação com a equipa multidisciplinar para adequar objetivos, estratégias e continuidade dos cuidados ao longo do internamento.

10.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EE possui autoconhecimento profundo sobre si próprio, o seu papel na equipa e na organização, fundamentando as decisões e a prática clínica em evidências científicas, atuando ao mesmo tempo como promotor da aprendizagem e investigador ativo (OE, 2019a).

Conforme Barata (2016), a relevância de um planeamento estruturado para o desenvolvimento contínuo de competências ao longo da carreira decorre da essência científica da enfermagem, uma profissão caracterizada por intervenções independentes em contextos amplos e interdisciplinares, em interação complementar com outros profissionais de saúde, com dignidade e autonomia profissional, e capaz de produzir e aplicar resultados de investigação.

O enquadramento teórico das unidades curriculares deste mestrado reforçou competências da formação inicial e introduziu novos saberes na especialidade, destacando a necessidade de consultar fontes fiáveis e evidências atualizadas para embasar a prática. Estes elementos foram implementados nos estágios, onde o autoconhecimento se revelou crucial para criar relações terapêuticas confiáveis com a pessoa, fomentar uma prática reflexiva e proativa, e colaborar efetivamente com a orientadora de estágio, colegas de enfermagem, professores e equipa multidisciplinar. A este processo soma-se o reconhecimento dos desafios na transição do enfermeiro generalista para especialista. Mesmo com o apoio da experiência anterior, enfrentam-se novas perspetivas que demandam adaptação baseada em conhecimentos especializados. Este caminho promoveu uma transformação paradigmática, valorizando a bagagem prévia e elevando-a através da especialização, como demonstrado pelos *outcomes* da intervenção assistencial.

Todo o trajeto foi planeado consciente da relevância das intervenções para alcançar os objetivos partilhados com a pessoa, no centro dos cuidados, ancorados em padrões elevados de qualidade. Este percurso contribuiu para uma evolução do olhar clínico, traduzida em maior capacidade de avaliação funcional, maior intencionalidade na definição de objetivos terapêuticos, maior segurança na seleção de intervenções e maior consciência crítica sobre os limites e potencialidades da intervenção do EEER nos diferentes contextos de prática.

10.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (REGULAMENTO Nº392/2019)

A Enfermagem de Reabilitação representa uma área especializada da enfermagem que, partindo da deteção de problemas ou riscos potenciais, impulsiona a execução e acompanhamento de intervenções variadas, como técnicas específicas, educação e treino, com o propósito de diminuir o nível de incapacidade do indivíduo (OE, 2019b).

Segundo Santos (2016), a reabilitação configura-se como um processo estruturado, contínuo e dinâmico, integrado por etapas interdependentes e múltiplos atores (equipa de saúde, pessoa, família e cuidadores), demandando uma visão sistémica para concretizar os objetivos estabelecidos e gerar impactos positivos.

Neste contexto, o processo de reabilitação, foca-se na recuperação e desenvolvimento de competências perdidas, restaurando funções nas esferas física, psicológica e social, conforme o potencial anterior da pessoa (Andrade et al., 2010). Envolve também a promoção da saúde, prevenção e atenuação de alterações, ancorada na história pessoal, para facilitar um retorno à rotina com qualidade de vida, reforçando autoestima e independência. Assim, centrado no potencial humano, este processo potencia uma maior autonomia em todas as dimensões existenciais. A avaliação contínua é indispensável, permitindo ajustes permanentes, redução de riscos, otimização funcional, reeducação e treino apropriado (Santos, 2016).

As competências próprias do EEER abrangem o cuidado a indivíduos com necessidades especiais, em qualquer contexto e fase da vida, bem como a capacitação de pessoas com deficiências ou limitações que comprometam a atividade ou cidadania plena, visando maximizar a funcionalidade (OE, 2019b).

De acordo com Barata (2017), o aperfeiçoamento dessas competências em reabilitação busca elevar a qualidade assistencial, produzindo resultados quantificáveis em qualidade de vida, autonomia e empoderamento. Para promover e divulgar a reabilitação, esse avanço deve recorrer a indicadores específicos sensíveis aos cuidados especializados.

Entre as competências do EEER sobressai a avaliação multidimensional da funcionalidade motor, sensitivo, eliminação, alimentar, respiratória, sexual, entre outras. Na sua prática, utiliza-se instrumentos de avaliação para quantificar a funcionalidade, posicionando-a entre dependência e independência. Com base nessa avaliação e em colaboração com a pessoa, família e equipa multidisciplinar, o EEER define metas específicas para cada diagnóstico, planeando e executando intervenções focadas na otimização, reeducação e maximização da funcionalidade.

A prática do EEER transcende domínios isolados, adotando uma abordagem integrada e transversal, pois nos cuidados à pessoa procura empoderá-la para o desempenho social, priorizando a ampliação da capacidade funcional (Fernandes & Sá, 2021).

Durante os estágios, houve oportunidade de oferecer cuidados especializados a pessoas com diversas necessidades, em contextos variados.

As competências específicas do EEER são integradas em três domínios (OE, 2019b):

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

No contexto das competências específicas do EEER que abrangem a deteção das necessidades de intervenção especializada em reabilitação, bem como a elaboração, execução e monitorização de planos direcionados à qualidade de vida, reintegração social e participação de indivíduos com limitações temporárias ou definitivas, ao longo deste projeto avaliou-se a funcionalidade e restrições ativas das pessoas assistidas, elaboraram-se diagnósticos correspondentes e aplicaram-se planos individualizados, focados no reforço de capacidades adaptativas, sobretudo no autocuidado, alinhados aos objetivos construídos com cada indivíduo (OE, 2019b).

Em linha com o exposto, Pestana (2016) destaca que o EEER analisa pessoas com necessidades especiais, identificando problemas atuais e potenciais, diagnosticando restrições e graus de incapacidade funcional. Acrescenta que este profissional oferece cuidados especializados para promover saúde, prevenir complicações e incapacidades secundárias, planeando, executando e acompanhando programas de reabilitação personalizados, detetando barreiras arquitetónicas e propondo soluções, gerindo recursos e ajudas técnicas. Essas ações buscam otimizar funcionalidade e autonomia da pessoa e família, com dignidade e qualidade de vida, facilitando adaptação e reinserção no lar e comunidade.

Ao longo dos vários estágios, verificou-se que as necessidades dos indivíduos não se limitam ao episódio agudo de doença que levou ao internamento, mas resultam também do envelhecimento e comorbilidades associadas, dificultando o processo de reabilitação. Contactaram-se pessoas de idades variadas, com limitações funcionais cardiorrespiratórias, neurológicas e ortopédicas, gerando diferentes níveis de dependência.

Nesse cenário, priorizando a competência de avaliação e diagnóstico em ER, desenvolveram-se progressivamente habilidades na aplicação, interpretação e uso de escalas específicas, essenciais para decisões clínicas e planos personalizados, ajustados às necessidades individuais, permitindo medir a eficácia das ações, fomentar aquisição de competências e elevar a independência.

Assim, a avaliação das pessoas envolveu observação física e neurológica, como inspeção torácica e auscultação pulmonar, complementada por escalas como Escala de Coma de Glasgow, Índice de Barthel, Escala de Borg Modificada, Escala de Força da Medical Research Council, Teste de Marcha de 6 minutos, Escala Numérica da Dor, TUG, Medida de Independência Funcional (MIF), Escala de Berg, Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-100 e Escala de Ashworth Modificada, tanto utilizadas no meu projeto de intervenção tal como nos serviços durante estágios.

Segundo Sousa et al. (2016), esses instrumentos em reabilitação quantificam incapacidade, acompanham evolução e validam intervenções, garantindo continuidade assistencial. A escolha requer análise de aplicabilidade e propriedades psicométricas (validade, fiabilidade, responsividade), comprovadas para assegurar o rigor nos dados.

Após avaliar funcionalidade e limitações, segue-se reflexão para ajustar objetivos, estratégias e programas, recorrendo a indicadores sensíveis à reabilitação e mensurando ganhos em saúde (OE, 2019b).

Com suporte em evidências científicas, analisaram-se os efeitos das intervenções como progressos em autonomia, empoderamento e qualidade de vida, além de integração familiar e na comunidade. Os cuidados abrangeram todas as idades, refletindo a transversalidade da área no ciclo vital.

Deste modo, posso afirmar que no contexto das competências específicas do EEER, esta competência articulou-se através de um processo integrado de avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e monitorização/reajuste, aplicado sistematicamente aos cinco casos do projeto de reeducação da marcha com AVC. Iniciou-se com avaliação funcional inicial, usando escalas complementares, identificando défices específicos que originaram diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, prosseguindo com um planeamento individualizado definindo objetivos, implementou intervenções protocolizadas com progressão gradual e concluiu com reavaliações seriadas que permitiram reajustar estratégias em função dos ganhos observados (Pestana, 2016).

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

Esta competência envolve examinar as questões relacionadas com a deficiência, restrições à atividade e barreiras à participação social, planeando e executando intervenções independentes ou em equipa multidisciplinar, para fomentar a inclusão plena e o envolvimento comunitário da pessoa. Inclui o ensino e acompanhamento no uso de técnicas e equipamentos de apoio, treino de tarefas funcionais e exercício físico, criação de ambientes seguros, remoção de obstáculos arquitetónicos, sensibilização comunitária para

práticas inclusivas e contributo para protocolos e opiniões técnico-científicas, com o fito de ampliar a autonomia, funcionalidade, bem-estar e integração social (OE, 2019b).

O EEER visa empoderar a pessoa a nível emocional, cognitivo e psicológico, reforçando a sua independência nas atividades da vida diária (AVD) e a capacidade de superar desafios (Barata, 2016).

O autocuidado define-se como as ações realizadas pela própria pessoa para atender necessidades básicas, preservar funcionalidades e gerir demandas pessoais e quotidianas. Nesse domínio, o EEER prioriza capacitar o indivíduo para alcançar o maior nível possível de funcionalidade nas funções corporais, atividades e participação social (Vigia et al., 2016).

As AVD referem-se às tarefas rotineiras executadas de forma independente no dia a dia; assim, o seu treino constitui uma intervenção chave do EEER, otimizando funcionalidade e qualidade de vida através de estratégias adaptativas e ajudas técnicas (barras de apoio, cadeiras sanitárias, abotoadores, calçadeiras longas, tábuas de transferência, cintos de segurança, andarilhos, canadianas, etc.). Estes dispositivos, também chamados de ajudas técnicas ou compensatórias, servem para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou reduzir incapacidades, limitações ativas e restrições participativas (Vigia et al., 2016).

Segundo Vigia et al. (2016), para assegurar integração comunitária plena, o EEER atua na promoção de mobilidade, acessibilidade e participação social, detetando barreiras arquitetónicas, aplicando medidas inclusivas, educando a comunidade e colaborando em acordos interinstitucionais e pareceres técnicos.

Nesse contexto, cabe ao EEER intervir não só durante a internamento, mas também preparar um regresso ao domicílio seguro e autónomo, adaptado à nova condição de saúde. Durante os estágios, realizaram-se avaliações para identificar necessidades específicas e traçar planos personalizados, focando no treino de AVD e mobilidade, capacitação em técnicas adaptativas e instrução sobre ajudas técnicas adequadas, sempre adequados ao potencial de cada pessoa, com ênfase no autocuidado e independência.

Esta competência foi particularmente mobilizada na preparação da pessoa para o regresso ao domicílio, através da avaliação das necessidades de autocuidado, treino de AVD, ensino de técnicas adaptativas, seleção de ajudas técnicas (calçadeiras longas, barras de apoio) e recolha de informação sobre as condições habitacionais e suporte familiar. Estas intervenções permitiram promover maior segurança, autonomia e adaptação à nova condição funcional, constituindo um contributo concreto para a reinserção da pessoa no seu contexto de vida.

Durante o internamento, recolheram-se dados sobre a habitação junto da pessoa ou família, para planear um retorno seguro e adaptado, facilitando a integração no meio e

comunidade com qualidade de vida. Em cuidados domiciliários, a preparação para alta ganha eficácia ao permitir avaliação in loco das condições, ajustes precoces do ambiente e suporte à adaptação residencial e reinserção social.

Em parceria com outra mestrandia e apoio das orientadoras no serviço de Medicina Ala Esquerda, durante estágio Cardiorrespiratório, ao proceder à elaboração de materiais educativos, constitui um complemento a esta intervenção, ao favorecer a continuidade dos cuidados, a compreensão das orientações terapêuticas e a capacitação da pessoa e da família/cuidados para a gestão da condição de saúde no domicílio, desta forma, foram criados dois folhetos informativos sobre Doenças Respiratórias Obstrutivas (Apêndice VI) Doenças Respiratórias Restritivas (Apêndice VII), para esclarecer dúvidas, guiar exercícios respiratórios seguros, aeróbicos e de força muscular, incentivando autogestão e continuidade assistencial. Baseados em evidências, estes materiais alinham-se à visão de Oliveira et al. (2021), que defendem recursos educativos claros e práticos para domicílio; estes autores argumentam que tais ferramentas não só facilitam compreensão e retenção, como promovem autonomia em decisões, empoderamento de cuidadores, reforçando autogestão e segurança nos cuidados contínuos.

Durante o estágio Ortotraumatológico, no Serviço de Ortopedia, elaborei e distribuí um folheto informativo intitulado “Vai colocar uma prótese de anca?” (Apêndice VIII), dirigido aos utentes e famílias, sobre a colocação de prótese total da anca. Este material educativo tem como objetivo informar sobre alguns aspetos relacionados com a colocação de uma prótese da anca. O folheto aborda cuidados pré e pós-operatórios (ex.: posicionamento seguro, prevenção de luxação, mobilidade precoce), exercícios iniciais e sinais de alerta, promovendo autonomia e adesão terapêutica.

De enaltecer os dois turnos na Unidade de AVD do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, destacando a experiência valiosa para capacitação da pessoa, contactando realidades diversas numa prática centrada no autocuidado, abrangendo avaliação, treino, seleção e adaptação de ajudas técnicas e para posterior retorno ao domicílio e reintegração na comunidade. Foi aplicada uma avaliação funcional, através de treino específico (vestir com abotoador, banho adaptado) prático num ambiente simulado ao domicílio, assegurando a transferência de competências para autogestão autónoma.

Estas ações concretas maximizaram autonomia nas AVD, segurança no regresso ao domicílio e participação social, articulando cuidados especializados com reinserção efetiva na comunidade (Barata, 2016; Vigia et al., 2016).

10.2.3. Competência J3: “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”

Esta competência implica a avaliação sistemática das capacidades funcionais e a implementação de programas de treino individualizados, direcionados para a otimização do desempenho motor, cardíaco e respiratório. Estas intervenções visam potenciar o rendimento funcional, promover o autocuidado e contribuir para o desenvolvimento pessoal e para a participação ativa nas AVD (OE,2019b).

Compete ao EEER deter o conhecimento sustentado na melhor evidência científica, relativamente às funções cardíaca, respiratória e motora, mobilizando esse conhecimento para conceber programas e planos de reabilitação ajustados aos objetivos da pessoa e orientados para a maximização do seu desempenho funcional. Para tal, recorre a técnicas e intervenções que promovem a atividade e o exercício físico, contribuindo para a melhoria integrada dos diferentes sistemas (OE, 2019b).

Durante os estágios nos serviços de Medicina Ala Esquerda e Medicina Ala Direita, esta competência foi particularmente desenvolvida através da conceção e implementação de um programa de reeducação da marcha dirigido a pessoas adultas/idosas com AVC e compromisso na capacidade para andar. A intervenção permitiu observar melhorias em indicadores de funcionalidade motora, equilíbrio, mobilidade e desempenho nas AVD, sustentando a relevância da atuação do EEER na maximização da funcionalidade

Foram incluídos no programa um total de cinco pessoas adultas/idosas com compromisso na marcha após AVC e que cumpriram os critérios de inclusão no programa, previamente estabelecidos. Foram alcançados resultados relevantes e satisfatórios, demonstrando que a implementação de um programa de reabilitação melhora a capacidade funcional motora da pessoa que vai repercutir para melhoria na capacidade para a realização das suas AVD.

Durante os estágios foram elaborados e implementados programas de treino motor, cardíaco e respiratório com o objetivo de maximizar as capacidades funcionais da pessoa, promovendo a melhoria da sua condição de saúde e qualidade de vida. A nível motor foram integradas intervenções como mobilização articular (passivas, ativas, ativa-assistida e ativas-resistidas), treino de equilíbrio, força, marcha e AVD e técnicas de reeducação ao esforço. A nível cardiorrespiratório foram incluídas técnicas de posicionamento e relaxamento, exercícios respiratórios como a consciencialização da respiração, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, associados ao ensino e treino da respiração abdomino-diafragmática; a técnica respiratória com recurso ao inspirómetro de incentivo e à *acapella*; treino de AVD e reeducação ao esforço. Em todos os planos foram realizadas a instrução e o treino de técnicas, bem como o ensino sobre os cuidados a ter no domicílio dirigidos à pessoa.

Os resultados das intervenções foram avaliados com base nos dados obtidos através dos instrumentos de avaliação aplicados desde a avaliação diagnóstica até à avaliação final, permitindo monitorizar a evolução da pessoa e ajustar o plano sempre que necessário. O registo em processo clínico possibilitou documentar essa evolução e as intervenções implementadas. Durante a execução dos programas de treino motor e cardiorrespiratório foi assegurada uma monitorização contínua, com reformulação das estratégias em função dos objetivos definidos e das necessidades identificadas, garantindo a adequação e eficácia das intervenções. A monitorização sistemática dos resultados, desde a avaliação diagnóstica até à avaliação final, permitiu ajustar continuamente as intervenções às necessidades identificadas e reforçou a capacidade de decisão clínica orientada para ganhos funcionais concretos.

10.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE (DECRETO-LEI Nº 65/2018)

Para além das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER, o percurso formativo exigiu também o desenvolvimento de competências próprias do grau de mestre, nomeadamente ao nível da integração de conhecimentos, da análise crítica, da fundamentação científica das decisões, da resolução de problemas em contextos complexos e da comunicação dos resultados obtidos.

Conforme previsto no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, o grau de mestre reconhece nos estudantes um conhecimento aprofundado e capacidade de compreensão avançada, construída sobre a formação inicial, com aptidão para aplicar esse saber em cenários inéditos, complexos e interdisciplinares, abrangendo investigação e resolução de problemas na prática clínica.

No contexto da reabilitação, estas competências manifestam-se na habilidade de incorporar evidências científicas nas decisões clínicas, justificar intervenções com base em provas, formular juízos de valor fundamentados, considerando aspetos éticos e sociais e transmitir conclusões e raciocínios de modo claro a audiências especializadas ou gerais. Inclui ainda a capacidade de aprendizagem independente e melhoria contínua ao longo da carreira profissional (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). Estas competências foram particularmente mobilizadas na conceção do projeto de intervenção, na seleção e análise crítica da evidência científica que o sustentou, na definição metodológica do estudo, na interpretação dos resultados obtidos e na reflexão sobre as implicações clínicas, éticas e organizacionais da intervenção do EEER em contexto de internamento.

O grau de mestre é atribuído numa especialidade, que pode ramificar-se em áreas de especialização quando necessário para maior especificidade formativa (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Ao longo do mestrado, o desenvolvimento das competências de mestre traduziu-se na consolidação de uma prática mais crítica, fundamentada e autónoma. A realização de trabalhos académicos e de investigação permitiu aprofundar competências metodológicas, reforçar a capacidade de pesquisa e análise da evidência científica e sustentar a tomada de decisão clínica em bases mais rigorosas. Esta articulação entre formação teórica, projeto de intervenção e prática em estágio favoreceu a integração de conhecimentos em contextos complexos, a formulação de juízos clínicos e éticos fundamentados e a comunicação mais estruturada dos resultados e das opções terapêuticas.

11. CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu analisar o contributo da intervenção do EEER na reeducação da marcha na pessoa adulta/idoso com AVC e compromisso na capacidade para andar evidenciando ganhos funcionais relevantes nos participantes acompanhados.

O envelhecimento demográfico acelerado no interior alentejano, exemplificado pelo concelho de Elvas, caracteriza-se por uma população envelhecida e em despovoamento progressivo, agravando as necessidades de cuidados de longa duração, apresentam um desafio para as instituições de saúde, e profissionais nelas inseridos com particular destaque para o papel do EEER.

O AVC destaca-se como uma das principais causas de mortalidade crónica, incapacidade física grave e anos de vida saudável perdidos prematuramente. O envelhecimento progressivo da população, associado à elevada correlação entre idade avançada e probabilidade de AVC, contribui para o acréscimo exponencial de casos registados. A HTA configura-se como o fator de risco modificável mais prevalente na sua etiologia. Estes fatores etiológicos podem manifestar-se de forma isolada ou sinérgica, potenciando significativamente a gravidade das sequelas neurológicas. A motricidade, particularmente a capacidade de deambulação independente, constitui o domínio funcional mais frequentemente comprometido pós-AVC, emergindo como o principal preditor da autonomia nas atividades de vida quotidiana.

A intervenção de reabilitação precoce otimiza os resultados funcionais em pessoas após o AVC, configurando-se como o vetor principal para a recuperação motora e autonomia nos autocuidados essenciais.

Os modelos conceptuais de enfermagem operacionalizam a integração do saber científico na prática assistencial quotidiana. O autocuidado é fundamental para assegurar as condições biológicas indispensáveis à sobrevivência, maturação e desenvolvimento humano e a sua satisfação persegue a preservação da integridade vital, saúde física, o crescimento pessoal e qualidade de vida.

Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação centra a sua prática na capacitação para o autocuidado, posicionando-se como facilitador primordial e intervindo pela substituição temporária apenas quando as limitações funcionais do utente o justificam clinicamente.

As intervenções do EEER à pessoa em situação crítica são fundamentais para a prevenção de complicações que advêm da imobilização no leito. As intervenções contribuem para a adaptação e transição da pessoa para outros níveis precoce de cuidados e posteriormente para o domicílio. O desenvolvimento destes estudos de caso pressupõe a visibilidade das intervenções do EEER na pessoa com AVC que traduzem resultados

favoráveis para a adaptação e transição da pessoa, capacitando-a para a autonomia e independência.

O exercício físico terapêutico constitui estratégia de reabilitação essencial, atenuando os efeitos nefastos da isquémia cerebral e reduzindo a gravidade dos défices motores após o AVC. A recuperação da marcha de forma independente representa um objetivo prioritário da reabilitação, impondo-se a atualização contínua das abordagens terapêuticas centradas no treino físico funcional e específico.

O processo de reabilitação implementado permitiu uma recuperação funcional satisfatória, com ganhos em força muscular, autonomia e função motora. Apesar do equilíbrio ainda apresentar um risco moderado de queda, os utentes demonstraram capacidade de realizar as suas atividades de vida diária de forma independente, o que é um resultado muito positivo para a sua qualidade de vida e segurança.

O programa demonstra que a ER, quando estruturada e precoce, não só recupera funções perdidas, mas reconstrói vidas. Cada ponto Barthel ganho, cada segundo TUG reduzido, cada FAC melhorado representa autonomia reconquistada, quedas evitadas, famílias aliviadas. A Enfermagem de Reabilitação tem impacto no quotidiano das pessoas, ela representa a preservação da dignidade da pessoa.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472–495. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3B), 777–781.
- Caeiro, J. M. (2024). *Capacitação para o autocuidado marcha na pessoa com AVC* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre].
- Campbell, B. C. V., De Silva, D. A., Macleod, M. R., Coutts, S. B., Schwab, S., & Davis, S. M. (2023). Ischaemic stroke. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 70. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00441-7>
- Carcel, C., Reeves, M., & Markus, H. S. (2024). Sex differences in stroke epidemiology, risk factors, and outcomes. *Nature Reviews Neurology*, 20(3), 157–170. <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00896-5>
- Chen, R., Ovbiagele, B., & Feng, W. (2016). Diabetes and stroke: Epidemiology, pathophysiology, pharmaceuticals and outcomes. *The American Journal of the Medical Sciences*, 351(4), 380–386. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.01.011>
- Cirstea, C. M. (2020). Gait rehabilitation after stroke. *Stroke*, 51(10), 2892–2894. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.032041>

- Di Angelantonio, E., Khera, A. V., Williamson, J. J., et al. (2024). Obesity and risk of stroke: A dose-response meta-analysis of prospective studies. *The Lancet Neurology*, 23(3), 245–256. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00432-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00432-8)
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)*.
- Emmett, E., McDonnell, L., & McShane, R. (2020). Long-term outcomes following stroke: A systematic review of the literature. *Stroke*, 51(12), 3678–3688. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030456>
- European Stroke Organisation, & Stroke Alliance for Europe. (2024). *Joint statement for European Stroke Awareness Day 2024*.
- Faria, C. D. C. M., Teixeira-Salmela, L. F., & Nadeau, S. (2011). Efeitos da cognição na funcionalidade após o acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(3), 198–205.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., et al. (2021). Global, regional, and national burden of stroke. *The Lancet Neurology*, 20(10), 795–820.
- Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2022). Stroke. *The Lancet*, 399(10335), 639–652.
- Feigin, V. L., Norrving, B., Brainin, M., et al. (2024). Burden of stroke in Europe. *Stroke*. Advance online publication.
- Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., et al. (2025). Global stroke fact sheet. *International Journal of Stroke*, 20(1), 4–29. <https://doi.org/10.1177/17474930241234567>
- Ferreira, D., & Santos, A. (2016). Reeducação da função respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253–262). Lusodidacta.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- French, B., Thomas, L. H., Coupe, J., et al. (2016). Repetitive task training. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

- Granger, C. V., Hamilton, B. B., et al. (1986). Functional assessment. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3), 59–74.
- Greenberg, D. A., Jin, K., & Wang, S. (2022). Neurovascular coupling and stroke. *Nature Reviews Neuroscience*, 23(6), 341–355. <https://doi.org/10.1038/s41583-022-00579-4>
- Hankey, G. J. (2023). Secondary prevention of stroke. *Medical Journal of Australia*, 218(6), 289–295. <https://doi.org/10.5694/mja2.51854>
- Hart, R. G., Pearce, L. A., & Aguilar, M. I. (2024). Adjusted-dose warfarin versus aspirin. *New England Journal of Medicine*, 390(12), 1057–1068. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2315227>
- Howard, G., Howard, V. J., & Cushman, M. (2023). Stroke risk factors. *Stroke*, 54(8), 2034–2042. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.123.042156>
- Johnson, C. O., Nguyen, M., Roth, G. A., et al. (2023). Stroke burden. *Stroke*. Advance online publication.
- Kalra, L., & Langhorne, P. (2007). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 369(9570), 1801–1810. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60241-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60241-7)
- Lee, S. Y., Kim, D. Y., Sohn, M. K., et al. (2020). Barthel Index and Rankin Scale. *PLOS ONE*, 15(1), e0226324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226324>
- Long, B., & Koyfman, A. (2017). Stroke mimics. *The Journal of Emergency Medicine*, 52(2), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.09.021>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Marques, A. P., Veras, J. L., & Silva, E. S. (2023). Fatores de risco AVC. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(10), 19411–19425. <https://doi.org/10.47163/ags.v16i10.2429>
- Medical Research Council. (1943). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., et al. (2000). Experiencing transitions. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.

- Menoita, A., et al. (2012). Acidente vascular cerebral. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(4), 285–292.
- Miah, M. T., Hoque, A. K. M. A., Khan, R. R., et al. (2009). Glasgow coma scale. *Journal of Medicine*, 10(Suppl. 1), 11–14. <https://doi.org/10.3329/jom.v10i3.2009>
- Mósca, E. (2001). *Escala de equilíbrio de Berg* [Monografia].
- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., et al. (2023). INTERSTROKE study. *The Lancet*, 402(10416), 1441–1453. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01537-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01537-8)
- Oliveira, A., Santos, R., Costa, F., et al. (2025). Acute stroke. *Millenium*. Advance online publication.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual STEPS de AVC*. <https://www.paho.org/dmdocuments/2009/manualpo.pt>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *Health at a glance 2025*. OECD Publishing.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados*.
- Paixão Júnior, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Avaliação mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7–19.
- Pereiro, A. X., et al. (2021). Timed Up & Go. *Atención Primaria*, 53(7), 102065. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102065>
- Pimentel, J., & Ferro, J. M. (2006). *Neurologia*. Lidel.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). Timed Up & Go. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
- Pollock, A., Farmer, S. E., Bailey, M. E., et al. (2014). Stroke interventions. *Cochrane Database*.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Diário da República*.
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Diário da República*.

- Reynolds, K., Lewis, B., et al. (2023). Alcohol and stroke. *Stroke*, 54(6), 1567–1577.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.038945>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação*. Lidel.
- Ries, A. L., et al. (2007). Pulmonary rehabilitation. *Chest*, 131(5 Suppl.), 4S–42S.
- Roth, G. A., Johnson, C. O., Nguyen, G., et al. (2023). Dyslipidemia. *Journal of the American College of Cardiology*, 82(15), 1497–1510.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.07.045>
- Rutten-Jacobs, L. C. A., et al. (2022). Genetic risk. *Nature Genetics*, 54(10), 1537–1546.
<https://doi.org/10.1038/s41588-022-01169-8>
- Sanarmed. (2024, March 13). *Como manejar o AVC*. <https://sanarmed.com>
- Santana, I., et al. (2016). MMSE Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240–248.
<https://doi.org/10.20344/amp.6889>
- Santos, J. T., Campos, C. M., & Martins, M. M. (2020). AVC reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 36–43.
- Santos, L. (2017). Processo de reabilitação. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação*.
- Silva, M. J., & Santos, A. R. (2021). Stroke pós-COVID. *The Lancet Neurology*, 20(10), 850–862. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00345-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00345-6)
- Sociedade Portuguesa do AVC. (2023). *O AVC e a hipertensão arterial*. <https://spavc.org>
- Stroke Alliance for Europe. (2024). *Stroke action plan*.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. (2007). Stroke units. *Cochrane Database*.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Coma scale. *The Lancet*, 304(7872), 81–84.
- Teodoro, T., et al. (2024). Motor recovery after stroke. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 21(1), 45.
- Tricco, A. C., et al. (2018). PRISMA-ScR. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473.

- Urbano, J. M. (2022). Medicina Interna Elvas. *Revista SPMI*, 10(2), 15–22.
<https://doi.org/10.24950/rspmi.603>
- Van Swieten, J. C., et al. (1988). Rankin scale. *Stroke*, 19(5), 604–607.
<https://doi.org/10.1161/01.STR.19.5.604>
- Vieira, J., Deodato, S., & Mendes, F. (2021). Nursing models. *Critical Care Research and Practice*, 2021.
- Vigia, C., et al. (2016). Intervenções de enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação* (3.^a ed.). Edições Sílabo.
- Winstein, C. J., et al. (2016). Stroke guidelines. *Stroke*, 47(6), e98–e169.
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Wist, S., et al. (2016). Functional recovery. *Clinical Rehabilitation*, 30(12), 1174–1184.
- WHOQOL Group. (1994). WHOQOL. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research* (6th ed.). Sage.
- Zhao, D., et al. (2010). Stroke outcomes. *Comprehensive Therapy*, 36(2), 65–70.
- Zhao, D., Neogi, P., Butler, R. K., & Aronow, W. S. (2010). Stroke outcomes. *Comprehensive Therapy*, 36(2), 65–70.

13. APÊNDICES

APÊNDICE I- CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem-Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, gerido pela associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde (Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco e Universidade do Algarve), inserido na Unidade Curricular de Projeto em Enfermagem de Reabilitação, no ano letivo de 2025/2026, e sob orientação do Professor Bruno Ferreira, solicito-o a integrar num estudo que estou a desenvolver na Unidade Local de Saúde c

Tipo de Estudo: Programa de Reeducação da Marcha na pessoa adulta/idosa com Acidente Vascular Cerebral

Explicação do estudo: Possui como objetivos avaliar o contributo da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa adulta/idosa com AVC com compromisso na capacidade para andar, elaborar e implementar um plano de intervenção na pessoa adulta/idosa com compromisso na capacidade para andar, capacitar e empoderar a pessoa adulta/idosa para andar e/ou usar técnica de adaptação para andar e identificar os ganhos sensíveis da intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa adulta/idosa com AVC com compromisso na capacidade para andar.

Este programa visa a promoção da saúde e maximização da independência e capacidade funcional.

-A sua participação é de elevada importância para que possa atingir os objetivos do estudo;

-A sua participação é voluntária. Se não pretender participar, poderá recusar sem qualquer implicação no seu atendimento;

-Os seus dados são anónimos, respeitando a sua privacidade e identidade, garantindo a sua confidencialidade em todo o processo de estudo;

Comprometo-me a prestar qualquer esclarecimento que apresente ao longo do estudo.

Agradeço, desde já a sua colaboração.

Declaro que li e compreendi o conteúdo deste documento, bem como as informações fornecidas verbalmente decorrentes de qualquer dúvida ou esclarecimento. Permito a utilização dos dados que forneci de forma voluntária confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo mestrado. Consinto, assim, participar neste estudo.

Nome: _____

Data: __/__/__

Local: _____

Assinatura: _____

(Se não for o próprio a assinar pela incapacidade, mencionar o grau de relação com o participante)

Mestrando: Rita Isabel Inácio Afonso

Contacto: m60912@alunos.uevora.pt

(Este documento é realizado em duplicado, ficando um exemplar para o mestrando e o outro entregue à pessoa que consente ou ao seu representante)

APÊNDICE II- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados

Participante número		Idade	Género
Proveniência		Data de admissão	
Principais diagnósticos		Alergias	
Antecedentes Pessoais			
Atividade Profissional			
Nível de escolaridade			
Residência	Nacionalidade		Estado Civil
Com quem vive		Agregado familiar	
Grau de dependência prévio ao internamento			
Alteração / compromisso na realização das atividades de vida diária			
Observações gerais			

APÊNDICE III- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS PARA REGISTO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

<u>PARTICIPANTE</u>	<u>IDADE</u>	<u>PARÂMETROS VITAIS</u>	<u>MMSE</u>	<u>MRC</u>	<u>EIB</u>	<u>EEB</u>	<u>TUG</u>	<u>FAC</u>	<u>DOR</u>	<u>EQVW</u>
P1										
P2										
P3										
P4										
P5										

APÊNDICE IV- PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO DOENTE ORTOPÉDICO”

REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO “MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO DOENTE ORTOPÉDICO”

Título	Mobilização Precoce no Doente Ortopédico
Data/Duração	29/10/2025, 14h-15h (1h), Serviço Ortopedia integrado na Unidade Local de Saúde da região do Alentejo
Formador	Rita Isabel Inácio Afonso
Público-Alvo	12 enfermeiros
Objetivo Geral	Analisar o papel do enfermeiro e restante equipa e da mobilização precoce no doente ortotraumatológico em meio hospitalar
Objetivos Específicos	• Identificar os efeitos da imobilidade em doentes ortotraumatológicos • Descrever os benefícios da mobilização precoce e as estratégias de reabilitação aplicadas • Reconhecer o papel do enfermeiro e restante equipa interdisciplinar no processo de recuperação funcional • Apontar barreiras e propor medidas para otimizar a mobilização hospitalar
Cronograma	0-15min: Introdução; 15-45min: Desenvolvimento do tema; 45-60min: Esclarecimento de Dúvidas
Metodologia	Expositivo através de PowerPoint
Recursos Necessário	• Sala de reuniões • Computador e projetor.
Avaliação	Feedback imediato
Referências Bibliográficas	Ordem dos Enfermeiros. Guia de Mobilidade Precoce (2019).

MESTRADO EM ENFERMAGEM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Enfermagem de Reabilitação
Ano Letivo 2025/2026
Unidade Curricular: Estágio em Processo Orto-Traumatológico e Reumatológico

MOBILIZAÇÃO PRECOCE

Discentes: Rita Afonso nº 60912 Orientador: Enfª Ana Abrantes e Enfº Rui Cambóias

Objetivo Geral:

- Analisar a importância do enfermeiro e restante equipa na mobilização precoce no doente com disfunções ortopédicas e/ou orto-traumatológicas



Objetivos Específicos:

- Identificar os efeitos da imobilidade;
- Descrever os benefícios da mobilização precoce e as estratégias de reabilitação aplicadas;
- Reconhecer o papel do enfermeiro e restante equipa interdisciplinar no processo de recuperação funcional do doente;
- Identificar barreiras e propor medidas para otimizar a mobilização no doente



Causas que conduzem a alteração da mobilidade

DÉFICE
NEUROSEN-
SORIAL

DOENÇAS
NEUROLÓGI-
CAS

DESNUTRIÇ-
ÃO

DOENÇAS
CRÓNICAS

DOENÇAS
CARDÍACAS

DOENÇAS
RESPIRATÓR-
IAS

PROBLEMAS
ORTOTRAUM-
ATOLÓGICO
S

DOR
INTENSA

ENVELHECI-
MENTO

ALTERAÇÕ-
ES DO FORO
PSICOLÓGIC-
O

DOENTE COM COMPROMISSO NO SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO:



APRESENTA ALTERAÇÕES, DOENÇAS OU LESÕES QUE AFETAM O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO — FORMADO POR OSSOS, MÚSCULOS, ARTICULAÇÕES, TENDÕES E LIGAMENTOS.

Imobilidade

SISTEMA
RESPIRATÓRIO

SISTEMA
CARDIOVASCU
LAR

SISTEMA
GASTROINSTE
STINAL

SISTEMA
MUSCULO-
ESQUELÉTICO

SISTEMA
NEUROLÓGIC
O

SISTEMA
TEGUMENTAR

Sistema Respiratório:

-Restrição de movimentos torácicos e diafragmáticos em decúbito favorece o desequilíbrio ventilação/perfusão, levando a hipoxemia, acúmulo de secreções e redução da oxigenação arterial. Esses fatores aumentam o risco de atelectasia e pneumonia hipostática, especialmente em pacientes acamados.



Sistema cardiovascular:

-Diminui o retorno venoso e o volume sanguíneo, provocando queda do débito cardíaco e hipotensão ortostática;
-Estase venosa e o aumento da viscosidade sanguínea elevam o risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar.



Sistema Gastrointestinal:

-Há lentificação do trânsito intestinal e redução do peristaltismo, resultando em obstipação, distensão abdominal e desconforto digestivo; no trato urinário, a postura supina favorece a estase urinária e infecções.



Sistema Musculoesquelético:

-Perda progressiva de massa e força muscular (1–1,5% por dia de repouso) e maior excreção de cálcio, predispondo à osteoporose e fraturas.



Sistema Neurológico:

-Pode gerar desorientação, ansiedade;



Sistema Tegumentar:

-Úlceras de pressão devido à pressão prolongada sobre tecidos moles.

MOBILIZAÇÃO PRECOCE

É UMA INTERVENÇÃO FUNDAMENTAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO, PROMOVENDO A RECUPERAÇÃO FUNCIONAL, A AUTONOMIA E A REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À IMOBILIDADE.

-MOBILIZAÇÃO INICIADA NAS PRIMEIRAS 24–48 HORAS APÓS A CIRURGIA, DE FORMA SEGURA E PROGRESSIVA, CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA DO DOENTE.



Barreiras e Desafios

- Dor e medo do movimento;
- Instabilidade emocional e falta de motivação por parte do doente;
- Restrições impostas pela dor ou pelo tipo de fixação ortopédica (ex.: tala gessada);
- Falta de recursos humanos e materiais em meio hospitalar.



Estratégias de Melhoria

- Educação do doente e família sobre os benefícios da mobilização;
- Implementação de protocolos de mobilidade e reabilitação precoce;
- Formação contínua das equipas interdisciplinares;
- Utilização de escalas de avaliação funcional para monitorização dos progressos.



PODEMOS CONCLUIR...

A reabilitação e a mobilidade precoce no doente com compromisso musculo-esquelético são determinantes para a recuperação funcional e prevenção de complicações. A atuação precoce e coordenada da equipa interdisciplinar permite uma melhoria significativa nos resultados clínicos e na qualidade de vida do doente.

Referencias Bibliográficas



“VAMOS REABILITAR JUNTOS?”



APÊNDICE V- PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO DOENTE HOSPITALIZADO”

REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO “MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO DOENTE HOSPITALIZADO”

Título	Mobilização Precoce no Doente Hospitalizado
Data/Duração	19/01/2026, 14h-15h (1h), Serviço Medicina Ala Direita integrado na Unidade Local de Saúde na região do Alentejo
Formador	Rita Isabel Inácio Afonso
Público-Alvo	15 enfermeiros
Objetivo Geral	Analisar a importância do enfermeiro e restante equipa na mobilização precoce no doente hospitalizado
Objetivos Específicos	• Identificar os efeitos da imobilidade • Descrever os benefícios da mobilização precoce e as estratégias de reabilitação aplicadas • Reconhecer o papel do enfermeiro e restante equipa interdisciplinar no processo de recuperação funcional • Apontar barreiras e propor medidas para otimizar a mobilização hospitalar
Cronograma	0-15min: Introdução; 15-45min: Desenvolvimento do tema; 45-60min: Esclarecimento de Dúvidas
Metodologia	Expositivo através de PowerPoint
Recursos Necessário	• Sala de reuniões • Computador e projetor
Avaliação	Feedback imediato
Referências Bibliográficas	Ordem dos Enfermeiros. Guia de Mobilidade Precoce (2019).



CURSO DE Mestrado em Enfermagem em Associação

Enfermagem de Reabilitação

Ano Letivo 2025/2026

Unidade Curricular: Estágio em Processo Neurológico

MOBILIZAÇÃO PRECOCE NO DOENTE HOSPITALIZADO



Discentes: Rita Afonso nº60912 Orientadora: Enf.ª Marta Rodrigues

Objetivo geral:

Analisar a importância do enfermeiro e restante equipa na mobilização precoce no doente hospitalizado



Objetivos Específicos:

- Identificar os efeitos da imobilidade;
- Descrever os benefícios da mobilização precoce e as estratégias de reabilitação aplicadas;
- Reconhecer o papel do enfermeiro e restante equipa interdisciplinar no processo de recuperação funcional do doente;
- Identificar barreiras e propor medidas para otimizar a mobilização no doente



Causas que conduzem a alteração da mobilidade

DÉFICE
NEUROSEN-
SORIAL

DOENÇAS
NEUROLÓGI-
CAS

DESNUTRI-
ÇÃO

DOENÇAS
CRÓNICAS

DOENÇAS
CARDÍACAS

DOENÇAS
RESPIRATÓ-
RIAS

PROBLEMAS
ORTOTRAU-
MATOLÓGICO
S

DOR
INTENSA

ENVELHECI-
MENTO

ALTERAÇÕ-
ES DO FORO
PSICOLÓGIC
O

Doente Hospitalizado

Uma pessoa com um problema de saúde agudo, crónico ou agudizado que exige cuidados intensivos, vigilância contínua, procedimentos invasivos ou tratamento que não pode ser feito em regime ambulatorio



- Dependência funcional: necessidade de ajuda para as atividades básicas (higiene, alimentação, mobilização) e para as decisões terapêuticas;
- Perda de autonomia e liberdade: restrições de horários, alimentação, mobilidade, contacto com o exterior e privacidade;
- Vulnerabilidade física e emocional: dor, fadiga, ansiedade, medo, tristeza, alterações do sono e do humor;
- Exposição a procedimentos: exames, medicação, curativos, drenos, sondas, entre outros.



Imobilidade

- Sistema Respiratório;
- Sistema Cardiovascular;
- Sistema Musculoesquelético;
- Sistema Gastrointestinal;
- Sistema Neurológico;
- Sistema Tegumentar





Sistema Respiratório

-Restrição de movimentos torácicos e diafragmáticos em decúbito favorece o desequilíbrio ventilação/perfusão, levando a hipoxemia, acúmulo de secreções e redução da oxigenação arterial. Esses fatores aumentam o risco de atelectasia e pneumonia hipostática, especialmente em pacientes acamados.



Sistema Cardiovascular

-Diminui o retorno venoso e o volume sanguíneo, provocando queda do débito cardíaco e hipotensão ortostática;
-Estase venosa e o aumento da viscosidade sanguínea elevam o risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar.



Sistema Gastrointestinal

-Ha lentificação do trânsito intestinal e redução do peristaltismo, resultando em obstipação, distensão abdominal e desconforto digestivo; no trato urinário, a postura supina favorece a estase urinária e infecções.



Sistema Musculoesquelético

-Perda progressiva de massa e força muscular (1-1,5% por dia de repouso) e maior excreção de cálcio, predispondo à osteoporose e fraturas.



Sistema Neurológico

-Pode gerar desorientação, ansiedade;



Sistema Tegumentar

-Úlceras de pressão devido à pressão prolongada sobre tecidos moles.

Mobilização Precoce

É uma intervenção fundamental no processo de reabilitação, promovendo a recuperação funcional, a autonomia e a redução das complicações associadas à imobilidade.

-Mobilização iniciada nas primeiras 24-48 horas após internamento, de forma segura e progressiva, conforme a condição clínica do doente.

- Melhora a oxigenação pulmonar e circulação;
- Estimula o trânsito intestinal;
- Reduz do tempo de internamento;
- Aumenta bem-estar e autonomia do doente





Barreiras e Desafios

- Dor e medo do movimento;
- Instabilidade emocional e falta de motivação por parte do doente;
- Restrições impostas pela dor;
- Falta de recursos humanos e materiais em meio hospitalar.

Estratégias de Melhoria

- Educação do doente e família sobre os benefícios da mobilização;
- Implementação de protocolos de mobilidade e reabilitação precoce;
- Formação contínua das equipas interdisciplinares;
- Utilização de escalas de avaliação funcional para monitorização dos progressos.

Podemos Concluir...

A reabilitação e a mobilidade precoce no doente hospitalizado são determinantes para a recuperação funcional e prevenção de complicações. A atuação precoce e coordenada da equipa interdisciplinar permite uma melhoria significativa nos resultados clínicos e na qualidade de vida do doente.



Referências Bibliográficas



Vamos
Reabilitar
Juntos?



**APÊNDICE VI- FOLHETO INFORMATIVO “DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
OBSTRUTIVAS”**

PLANO EDUCATIVO SOBRE FOLHETO INFORMATIVO “DOENÇAS RESPIRATÓRIAS OBSTRUTIVAS”

Título	Doenças Respiratórias Obstrutivas: Reabilitar no Domicílio
Data/Local	05/2025, Serviço Medicina Ala Esquerda integrado na Unidade Local de Saúde na região do Alentejo
Formador	Rita Isabel Inácio Afonso e Carolina Lopes Belacorça
Público-Alvo	Doentes com DPOC, Asma, Fibrose Quística, Bronquite crónica e famílias internados na Unidade de saúde
Objetivo Geral	Capacitar doentes para autonomia na reabilitação respiratória pós-alta hospitalar
Objetivos Específicos	• Dominar técnicas de respiração abdomino-diafragmática para controle da dispneia • Executar expiração prolongada para eliminação eficaz de secreções • Aplicar técnicas de relaxamento em situações de crise respiratória • Realizar treinos aeróbicos e de força adaptados à tolerância individual • Compreender benefícios da reabilitação na qualidade de vida diária
Cronograma	0-15min: Introdução; 15-45min: Desenvolvimento do tema; 45-60min: Esclarecimento de Dúvidas
Metodologia	Material visual educativo com ilustrações, exercícios com instruções passo-a-passo e frequência
Avaliação	Feedback imediato
Referências Bibliográficas	Ordem dos Enfermeiros (2018); Ribeiro O (2021)

EXERCÍCIOS AERÓBICOS E DE FORÇA

Aumentar a massa e força muscular e melhorar a capacidade de resistir a fadiga em esforços de longa duração e tolerância ao exercício:



Treino pedaleira para braços e pernas



Treino de marcha em piso plano, passadeira



Treino de Escadas/Rampa

**TREINO AERÓBICO: 10 MIN X 2
3 A 5 MIN COM PERÍODOS DE
REPOUSO DE 1 A 2 MIN**
OU CONSOANTE TOLERÂNCIA

Treino com pesos/bandas elásticas/bola nos braços e pernas

**TREINO FORÇA: 10 MIN X 2
2 OU 3 SÉRIES DE 10 REPETIÇÕES
OU CONSOANTE TOLERÂNCIA**

VAMOS RESPIRAR MELHOR?

ESTES EXERCÍCIOS FAZEM PARTE DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DESENVOLVIDO COM O DOENTE DURANTE O INTERNAÇÃO, QUE VISA O SEU SEGUIMENTO AO MESMO APOIANDO-SE À CASA.

DE ACORDO COM A SUA CONDIÇÃO CLÍNICA ASSIM SERÃO RECOMENDADOS OS EXERCÍCIOS QUE DEVE CONTINUAR APÓS A ALTA.

ANO LETIVO: 2024/2025
MESTRADO EM ASSOCIAÇÃO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
CAROLINA LOPES MATEUS
ATA ADONAS N.º 00012



REABILITAR NO DOMICÍLIO

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS OBSTRUTIVAS

REABILITAR O DOENTE RESPIRATÓRIO:

- REDUZ A FALTA DE AR;
- MELHORA A CAPACIDADE PULMONAR;
- FACILITA A ELIMINAÇÃO DE SECREÇÕES;
- MELHORA A TOLERÂNCIA AO ESFORÇO;
- AUMENTA A ENERGIA PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS OBSTRUTIVAS:

- DPOC;
- ASMA;
- FIBROSE QUÍSTICA;
- BRONQUITE CRÓNICA.

EXERCÍCIOS A REALIZAR NO DOMICÍLIO:

- RESPIRAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA;
- TÉCNICAS DE EXPIRAÇÃO PROLONGADA;
- TÉCNICAS DE DESCANSO E RELAXAMENTO;
- EXERCÍCIOS AERÓBICOS E DE FORÇA.

RESPIRAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA

- Sente-se ou deita-se, relaxe os ombros;
- Coloque uma mão sobre o abdômen e outra sobre o peito;
- Inspire lentamente pelo nariz (contando até 2), sentindo o abdômen subir mais do que o peito;
- Expire lentamente pelos lábios semicerrados (como se fosse soprar uma vela) (contando até 4), pressionando levemente o abdômen.



COM RECURSO A BASTÃO (EX.: CABO VASSOURA)

- Sentado ou deitado, inspire pelo nariz enquanto eleva os braços com bastão e expire prolongadamente enquanto baixa os braços.



2 OU 3 SÉRIES DE 5 REPETIÇÕES OU CONSOANTE TOLERÂNCIA **10 MIN/DIA X 2 DIARIAMENTE**

TÉCNICAS DE EXPIRAÇÃO PROLONGADA

- Sentado ou deitado, inspire pelo nariz profundamente, segure o ar por 1 segundo e expire lentamente soprando tanto numa palhinha dentro de um copo com água ou utilizando um dispositivo descartável.




2 OU 3 SÉRIES DE 5 REPETIÇÕES
OU CONSOANTE TOLERÂNCIA

TÉCNICAS DE DESCANSO E RELAXAMENTO

- Sentado com apoio da cabeça e/ou deitado de lado com cabeça elevada, ajuda a facilitar a ventilação em momentos de crise



APÊNDICE VII- FOLHETO INFORMATIVO “DOENÇAS RESPIRATÓRIAS RESTRITIVAS”

PLANO EDUCATIVO SOBRE FOLHETO INFORMATIVO “DOENÇAS RESPIRATÓRIAS RESTRITIVAS”

Título	Doenças Respiratórias Restritivas: Reabilitar no Domicílio
Data/Local	05/2025, Serviço Medicina Ala Esquerda integrado na Unidade Local de Saúde na região do Alentejo
Formador	Rita Isabel Inácio Afonso e Carolina Lopes Belacorça
Público-Alvo	Doentes com derrame pleural, pneumotórax, fibrose pulmonar, atelectasias, neuromusculares e famílias internados na Unidade de Saúde
Objetivo Geral	Capacitar doentes para reabilitação respiratória autónoma pós-alta hospitalar
Objetivos Específicos	• -Dominar respiração abdomino-diafragmática para otimização da ventilação • Executar técnicas de reexpansão pulmonar com inspirómetro de incentivo • Aplicar técnicas de relaxamento para alívio da dispneia em crise • Realizar treinos aeróbicos e musculares adaptados à capacidade funcional • Compreender a importância da continuidade reabilitativa na qualidade de vida
Metodologia	Material visual educativo com ilustrações, exercícios com instruções passo-a-passo e frequência
Avaliação	Feedback imediato
Referências Bibliográficas	Ordem dos Enfermeiros (2018); Ribeiro O (2021)

EXERCÍCIOS AERÓBICOS E DE FORÇA

Aumentar a massa e força muscular e melhorar a capacidade de resistir à fadiga em esforços de longa duração e tolerância ao exercício:



Treino pedaleira para braços e pernas



Treino de marcha em piso plano, passadeira



Treino de Escadas/Rampa

**TREINO AERÓBICO: 10 MIN X 2
3 A 5 MIN COM PERÍODOS DE REPOUSO DE 1 A 2 MIN
OU CONSOANTE TOLERÂNCIA**



Treino com pesos/bandas elásticas/bola nos braços e pernas

**TREINO FORÇA: 10 MIN X 2
2 OU 3 SÉRIES DE 10 REPETIÇÕES
OU CONSOANTE TOLERÂNCIA**

VAMOS RESPIRAR MELHOR?

ESTES EXERCÍCIOS FAZEM PARTE DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DESENVOLVIDO COM O DOENTE DURANTE INTERNAMENTO, QUE VISA DAR SEGUIMENTO AO MESMO APÓS RETORNO A CASA.

DE ACORDO COM A SUA CONDIÇÃO CLÍNICA ASSIM SERÃO RECOMENDADOS OS EXERCÍCIOS QUE DEVE CONTINUAR APÓS A ALTA.



REABILITAR NO DOMICÍLIO

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS RESTRITIVAS

REABILITAR O DOENTE RESPIRATÓRIO:

- REDUZ A FALTA DE AR;
- MELHORA A CAPACIDADE PULMONAR;
- FACILITA A ELIMINAÇÃO DE SECREÇÕES;
- MELHORA A TOLERÂNCIA AO ESFORÇO;
- AUMENTA A ENERGIA PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS RESTRITIVAS:

- DERRAME PLEURAL;
- PNEUMOTORAX;
- FIBROSE PULMONAR;
- ATELECTASIAS;
- DOENÇAS NEUROMUSCULARES;
- NEUROPATIAS;
- SEQUELAS DE TORACOPLASTIA.

EXERCÍCIOS A REALIZAR NO DOMICÍLIO:

- RESPIRAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA;
- TÉCNICAS DE REEXPANSÃO PULMONAR (EX: INSPIRÓMETRO DE INCENTIVO OU INSPIRAÇÃO PROFUNDA);
- TÉCNICAS DE DESCANSO E RELAXAMENTO;
- EXERCÍCIOS AERÓBICOS E DE FORÇA.

RESPIRAÇÃO ABDOMINO-DIAFRAGMÁTICA

- Sente-se ou deite-se, relaxe os ombros;
- Coloque uma mão sobre o abdômen e outra sobre o peito;
- Inspire lentamente pelo nariz, sentindo o abdômen subir mais do que o peito;
- Expire lentamente pelos lábios semicerrados (como se fosse soprar uma vela), pressionando levemente o abdômen.



-COM RECURSO A BASTÃO (EX: CABO VASSOURA)

- Sentado ou deitado, inspire prolongadamente pelo nariz enquanto eleva os braços com bastão e expira enquanto baixa os braços.
- Deitado lateralmente, inspire prolongadamente pelo nariz enquanto eleva o braço e expira enquanto baixa o braço.
- Repita o processo do outro lado.



2 OU 3 SÉRIES DE 5 REPETIÇÕES OU CONSOANTE TOLERÂNCIA

10 MIN/DIA X 2 DIARIAMENTE

TÉCNICAS DE REEXPANSÃO PULMONAR (EX: INSPIRÓMETRO DE INCENTIVO)

- Sentado ou deitado com a cabeceira elevada, coloque o inspirómetro à medida dos olhos. Primeiro expira, coloque o bocal do inspirómetro na boca, fechando os lábios em volta do mesmo, e em seguida realize uma inspiração prolongada e profunda, fazendo uma pausa de 3 segundos e expira, caso não tenha o dispositivo respiratório faça uma inspiração profunda, uma pausa de 3 segundos e expira.




2 OU 3 SÉRIES DE 5 REPETIÇÕES

OU CONSOANTE TOLERÂNCIA

TÉCNICAS DE DESCANSO E RELAXAMENTO

- Sentado com apoio da cabeça e/ou deitado de lado com cabeceira elevada, ajuda a facilitar a ventilação em momentos de crise



APÊNDICE VI- FOLHETO INFORMATIVO “VAI COLOCAR PRÓTESE TOTAL DA ANCA?”

PLANO EDUCATIVO SOBRE FOLHETO INFORMATIVO “VAI COLOCAR PRÓTESE TOTAL DA ANCA?”

Título	Vai colocar uma Prótese Total da Anca? - Informações para o utente
Data/Local	11/2025, Serviço Medicina Ortopedia integrado na Unidade Local de Saúde na região do Alentejo
Formador	Rita Isabel Inácio Afonso
Público-Alvo	Doentes submetidos a artroplastia total de anca e famílias internados na Unidade de Saúde
Objetivo Geral	Capacitar doentes para adesão terapêutica e prevenção de complicações pós-operatórias
Objetivos Específicos	• Reconhecer posições seguras para prevenção de luxação protésica • Identificar sinais de alerta de complicações imediatas • Executar exercícios de mobilidade precoce de forma autónoma • Compreender cuidados de higiene e autocuidado no domicílio • Saber quando procurar ajuda médica urgente
Metodologia	Material visual com ilustrações anatómicas, instruções claras e pictogramas
Avaliação	Feedback imediato
Referências Bibliográficas	Ordem dos Enfermeiros (Protocolos Ortopedia); Diretrizes ESSE; Ribeiro (2020)

NOS DIAS SEGUINTE À CIRURGIA:

- O DRENO SERÁ RETIRADO;
- MANTERÁ PENSO NA FERIDA CIRÚRGICA E SERÁ RETIRADO AGRADO ENTRE 10º DIA E 12º DIA APÓS CIRURGIA;
- RETOMARÁ ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS COM AJUDA DA EQUIPA DE SAÚDE

NO REGRESSO AO DOMICÍLIO:

AQUANDO A ALTA CLÍNICA E RETORNO AO DOMICÍLIO, O UTENTE DEVE SEGUIR AS INDICAÇÕES PREVIAMENTE DADAS PELO ENFERMEIRO, DE FORMA EVITAR LUXAÇÃO DA PRÓTESE, TAIS COMO:

- NÃO CRUZAR AS PERNAS;
- COLOCAR ALMOFADA ENTRE PERNAS NA CAMA;
- USAR AUXILIAR DE MARCHA PARA ANDAR;
- EVITAR FLEXÃO SUPERIOR A 90º DA PERNA, COMO APOANHAR OBJETOS DO CHÃO;
- EVITAR ROTAÇÃO DA PERNA E HIPERTENSÃO



CONTACTAR MÉDICO SE:

- DOR INTENSA AO ANDAR E EM REPOUSO;
- DIFICULDADE EM MOVIMENTAR A PERNA;
- CALOR, INCHAÇO E VERMELHIDÃO NA PERNA OPERADA;
- FEBRE E CALAFRIOS;
- SENSAÇÃO DE PERNA MAIS CURTA EM RELAÇÃO A OUTRA;
- PERDA DE LÍQUIDO E CHEIRO DA FERIDA

VAMOS CAMINHAR JUNTOS?

ESTE FOLHETO TEM COMO OBJETIVO INFORMAR SOBRE ALGUNS ASPECTOS RELACIONADOS COM O COLOCAMENTO DE UMA PRÓTESE DA ANCA.

LEIA E EXPLIQUE TODAS AS SUAS DÚVIDAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS.

ANO LETIVO: 2025/2026
9º MESTRADO EM ASSOCIAÇÃO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
RITA AFONSO Nº08912





VAI COLOCAR UMA PRÓTESE TOTAL DA ANCA?

INFORMAÇÕES PARA O UTENTE

O QUE É PRÓTESE TOTAL DA ANCA (PTA)?

É UMA CIRURGIA QUE RESULTA NA SUBSTITUIÇÃO DE ESTRUTURAS DANIFICADAS NA REGIÃO DA ARTICULAÇÃO DA ANCA, POR MATERIAIS QUE SE VÃO COMPORTAR COMO AS ZONAS SUBSTITUÍDAS.

EM QUE CONDIÇÕES SE COLOCA UMA PTA?

- OSTEOPATIAS NA ANCA;
- OSTEONECROSE DA CABEÇA FEMORAL;
- DOENÇA INFLAMATÓRIA DA ANCA;
- FRATURA DO COLO DO FÊMUR

-PESSOAS QUE MANTENHAM DOR INTENSA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

QUAIS OS OBJETIVOS DA CIRURGIA?

- ALÍVIO DA DOR;
- RECUPERAÇÃO DOS MOVIMENTOS PERDIDOS;
- RETORNO ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS;
- QUALIDADE DE VIDA MELHORADA

QUAIS OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS?

NO DIA ANTERIOR:

- SERÁ OBSERVADO PELO MÉDICO ANESTESISTA;
- REALIZADA TRICOTOMIA (REMOÇÃO PÉLOS);
- TOMARÁ BANHO COM CLORHEXIDINA;
- A PARTIR DA MEIA-NOITE TEM DE FICAR EM JEJUM (NÃO PODE COMER NEM BEBER NADA);
- DEVE TER UNHAS CURTAS E SEM VERNIZ

NO DIA DA CIRURGIA, ANTES DE IR PARA O BLOCO:

- TOMARÁ DUCE COM CLORHEXIDINA;
- ESTAR EM JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO;
- SERÁ FORNECIDA BATA E TOUCA PARA VESTIR;
- NÃO DEVERÁ VESTIR ROUPA INTERIOR;
- DEVE REMOVER PRÓTESE DENTÁRIA, AUDITIVA (SE APLICAR);
- DEVE RETIRAR ÓCULOS, LENTES DE CONTACTO, JOIAS, ADORNOS;
- SERÃO AVALIADOS: PARÂMETROS VITAIS COMO TENSÃO ARTERIAL, TEMPERATURA, ETC

QUAIS OS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS?

NO DIA DA CIRURGIA:

- APÓS CIRURGIA FICARÁ NA SALA DE RECÓRDO NO BLOCO OPERATÓRIO;
- POSTERIOREMENTE, REGRESSARÁ AO SEU QUARTO;
- PERMANECERÁ EM REPOUSO NA CAMA ATÉ INDICAÇÃO CONTRÁRIA;
- TERÁ UM PENSO A COBRIR FERIDA CIRÚRGICA E UM DRENO (SÁ) O SANGUE RESULTANTE DA CIRURGIA);
- PODE VIR COM ALSÁLIA QUE SERÁ RETIRADA ALGUNS DIAS DEPOIS

NO DIA SEGUINTE CIRURGIA:

- A HIGIENE É REALIZADA NA CAMA COM AJUDA PELO ENFERMEIRO;
- É REALIZADO LEVANTE COM AJUDA DO ENFERMEIRO E RESTANTE EQUIPA, SALVO SE HOUVER INDICAÇÃO PARA REPOUSO NA CAMA;
- O ENFERMEIRO EXPLICARÁ QUAIS OS CUIDADOS A TER E COMO SE MOBILIZAR;
- INICIARÁ FISIOTERAPIA ASSIM QUE POSSÍVEL

14. ANEXOS

ANEXO I- PARECER FAVORÁVEL COMISSÃO ÉTICA

INFORMAÇÃO

N.23 /2025, de 8 de maio

De: Comissão de Ética

Para: Sr. Enfermeiro Diretor-

C/C:

Assunto: Estudo "Programa de reeducação da marcha na pessoa adulta/idoso com AVC

Parecer ____/____/____

Despacho/Deliberação 12/05/2025

Considerando o parecer,
autorizar a realização
do estudo.
Ter em atenção o solicitado
pela Comissão de Ética no
ponto vii - Conclusão e
propostas.
Informar a Eufé Rita Afonso
e a Comissão de Ética

A Enfermeira Rita Afonso, solicita autorização para realização do estudo: "Programa de reeducação da marcha na pessoa adulta/idoso com AVC"

Cumprar apreciar:

I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O presente estudo tem como foco principal a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) na reeducação funcional da marcha em pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC). O AVC é a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal, afetando o cérebro, podendo provocar uma deficiência súbita, por obstrução (AVC isquémico) ou rutura (AVC hemorrágico) de uma artéria cerebral. Afeta anualmente milhões de pessoas no mundo. O diagnóstico imediato reduz mortalidade, sequelas e institucionalização. A reeducação funcional da pessoa é um dos requisitos básicos no tratamento

GABI [redacted] DO DO CA

ENTRADA

N.º 202503169
Data 8/5/2025

MOD.0 [redacted]

CES

Página 1 de 4



INFORMAÇÃO

N.23 /2025, de 8 de maio

precoce do EEER, que previne a espasticidade, estimula funções motoras e cognitivas. A Reabilitação visa a independência do indivíduo no autocuidado, permitindo o retorno ao domicílio e vida comunitária. Desta forma, quando mais precocemente é iniciado o processo de reabilitação do indivíduo, melhor será a possibilidade de recuperação.

II- Objetivos

O objetivo principal do estudo é a avaliação do contributo da atuação do EEER na pessoa adulta/idoso com AVC com compromisso na capacidade para andar. Este estudo tem como objetivos específicos a Elaboração e implementação de um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação na pessoa adulta/idoso com AVC com compromisso na capacidade para andar; a Capacitação e empoderamento da pessoa adulta/idoso com AVC para andar e/ou usar técnica de adaptação para andar; a Identificação dos ganhos sensíveis da intervenção do EEER na pessoa adulta/idoso com AVC com compromisso na capacidade para andar

III- Tipo de estudo

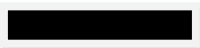
Esta investigação é de caráter observacional e descritivo, O projeto será desenvolvido ao longo dos estágios pela metodologia de estudos de caso, de natureza descritiva. Esta metodologia relata a experiência executada com um grupo de indivíduos onde são aplicados procedimentos idênticos, no decorrer do seu processo de diagnóstico. Permite analisar profundamente um fenómeno, situação, indivíduo, grupo ou organização dentro do seu contexto real

IV-População Alvo

A população-alvo são: Pessoa com idade igual ou superior a 18 anos de idade com AVC; Pessoa com nível de cognição igual ou superior a 27 segundo Escala de Mini Mental State Examination (MMSE); Pessoa que apresente défice/compromisso na capacidade para andar; Pessoa hospitalizada durante período de implementação do projeto; Pessoa que apresente estabilidade hemodinâmica, caracterizada pela ausência de sinais de compensação cardiovascular, como taquicardia, hipotensão ou alterações na perfusão periférica. Amostra: Amostra não probabilística por conveniência, dado os critérios de inclusão.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

De acordo com objetivos de projeto de intervenção, a avaliação diagnóstica inclui: Questionários sociodemográficos e clínicos; Observação clínica; Avaliação de parâmetros fisiológicos; Instrumentos de colheita de dados. Em relação aos Questionários sociodemográficos e clínicos, em que será utilizado um questionário de entrevista para dados sociodemográficos através da observação clínica, que permite recolher informações relevantes sobre a saúde física ou mental da pessoa.



INFORMAÇÃO

N.23 /2025, de 8 de maio

Com a avaliação dos parâmetros fisiológicos, irá permitir fazer avaliação de parâmetros vitais (tensão arterial, temperatura corporal, saturação periférica de oxigénio, frequência cardíaca, frequência respiratória, dor), fazer auscultação pulmonar, exame físico e exame neurológico. Por último, através dos Instrumentos de colheita de dados permitirão fazer a recolha adequada de dados da pessoa interveniente no início, durante e no final da implementação do meu programa de intervenção. Estes instrumentos são: Escala de Mini Mental State Examination para avaliação cognitiva; Escala de Medical Research Council, que avalia a força muscular; Escala de Equilíbrio de Berg, avalia o equilíbrio estática e dinâmico; Escala Índice de Barthel, avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida; Escala de Categorias Funcionais de Marcha, escala que promove a categorização detalhada do suporte físico necessário para pacientes que exercem marcha; Escala Timed up and Go, avalia mobilidade (transferência de posição), o equilíbrio, a capacidade de caminhar/estabilidade na deambulação e avalia o risco de quedas em idosos; Escala de Avaliação Numérica da Dor, avalia e regista a intensidade da Dor e por último, a Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-10, avalia a perceção de qualidade de vida da pessoa

VI- Tratamento dos dados

A análise dos dados é efetuada com recurso a técnicas descritivas e de síntese, de modo a caracterizar cada estudo de caso. Irá proceder-se à avaliação constante das alterações e ganhos resultantes da implementação das intervenções do EEER. Os dados serão recolhidos durante as sessões de intervenção, incluindo avaliações funcionais, escalas clínicas (como equilíbrio, marcha, independência funcional) e observações qualitativas das respostas do utente. Estes dados serão organizados em registos estruturados, frequentemente em tabelas ou gráficos, para facilitar a análise longitudinal. Posteriormente, procede-se à avaliação constante das alterações e ganhos resultantes das intervenções, comparando os resultados iniciais com os finais para cada indicador analisado. Software utilizado para análise de dados: Microsoft Excel. Recolha de dados: será realizada no período entre a aprovação do presente pedido e 23 de janeiro de 2026

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do mesmo.

A metodologia proposta não viola questões ético legais, estando assegurado o anonimato dos dados. Os pressupostos de licitude e legitimidade, encontram a sua justificação na finalidade de investigação, sendo que quanto à aplicação das entrevistas, têm fundamento no consentimento informado, uma vez que aquele instrumento de recolha de dados é precedido deste elemento.

INFORMAÇÃO

N.23 /2025, de 8 de maio

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "Programa de reeducação da marcha na pessoa adulta/idosa com AVC".

A comissão de ética é de parecer favorável, contudo deverão ser remetidos os seguintes documentos:

- CI com referência aos benefícios e os riscos dos participantes,
- Autorização dos autores das escalas validadas em Portugal,
- Parecer da comissão de ética da Universidade de Évora.

A comissão de ética é de igual modo de parecer que, não devam ser consultadas informações clínicas presentes nos sistemas de informação clínica devido à proteção de dados dos doentes a participar no estudo.

A data de início do estudo deverá ser ajustada em conformidade com a aprovação do presente pedido.

Após finalização do estudo deverá ser agendada a apresentação do mesmo [REDACTED] ou o envio das suas conclusões.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Enfermeira Rita Afonso
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P^{la} Comissão de Ética



ANEXO II- ESCALA DE MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

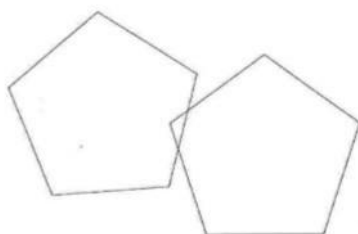
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (____/30)



ANEXO III- ESCALA DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL

Medical Research Council Muscle Scale (MRC)	
0	Sem contração muscular palpável ou visível.
1	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro.
2	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular.
3	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não resistência.
4	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade e a resistência.
5	Força normal.

ANEXO IV- ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1. Da posição de sentado para a posição em pé

Instruções: Instrução: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

4. capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
3. capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
2. capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
1. necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
0. necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

4. capaz de permanecer em pé com segurança durante 2 minutos
 3. capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
 2. capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem apoio
 1. necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem apoio
 0. incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- Se a pessoa for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima no item 3 e siga diretamente para o item 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banco

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados durante 2 minutos.

4. capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos
3. capaz de permanecer sentado durante 2 minutos sob supervisão
2. capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
1. capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
0. incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos

4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: Por favor, sente-se.

4. senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
3. controla a descida utilizando as mãos
2. utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
1. senta-se independentemente, mas tem descida sem controle
0. necessita de ajuda para sentar-se

5. Transferências

Instruções: Arrumar as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Pedir à pessoa para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa:

4. capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
3. capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
2. capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão
1. necessita de uma pessoa para ajudar
0. necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

4. capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
3. capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
2. capaz de permanecer em pé por 3 segundos

- 1. incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
- 0. necessita de ajuda para não cair

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: Junte os seus pés e fique em pé sem se apoiar

- 4. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
- 3. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- 2. capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
- 1. necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- 0. necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.

- 4. pode avançar a frente >25 cm com segurança
- 3. pode avançar a frente >12,5 cm com segurança
- 2. pode avançar a frente >5 cm com segurança
- 1. pode avançar a frente, mas necessita de supervisão
- 0. perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

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

Instruções: Pegar um sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés

- 4. capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- 3. capaz de apanhar o chinelo, mas necessita supervisão
- 2. incapaz de apanhar o chinelo, mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de maneira independente
- 1. incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- 0. incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. Virar-se e olhar para trás, por cima dos ombros direito e esquerdo, enquanto permanece em pé

Instruções: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás da pessoa para encorajá-la a virar-se.

- 4. olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso
- 3. olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
- 2. vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio
- 1. necessita de supervisão para virar
- 0. necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11. Girar 360 graus

Instrução: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.

- 4. capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- 3. capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- 2. capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente

- 1. necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- 0. necessita de ajuda enquanto gira

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banco enquanto permanece em pé sem apoio

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banco quatro vezes.

- 4. capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- 3. capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20 segundos
- 2. capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- 1. capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda
- 0. incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções: Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha, se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- 4. capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- 3. capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- 2. capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- 1. necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- 0. perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

- 4. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10 segundos
- 3. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
- 2. capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3 segundos
- 1. tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
- 0. incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

Resultado:

- 0 - 20 pontos: Equilíbrio Diminuído com Elevado
- Risco de Queda 21- 40 pontos: Equilíbrio Médio com
- Risco de Queda Médio
- 41 - 56 pontos: Equilíbrio Bom com Baixo Risco de Queda

ANEXO V- A ESCALA DE ÍNDICE DE BARTHEL

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

- 0. A pessoa é incapaz de realizar a sua higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos.
- 1. A pessoa necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
- 3. Necessita de alguma assistência num ou mais passos da higiene pessoal.
- 4. A pessoa é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer assistência mínima antes e/ou depois da tarefa.
- 5. A pessoa pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquilhar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

- 0. Totalmente dependente para realizar o banho.
- 1. Requer assistência em todos os aspetos do banho.
- 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela sua condição ou doença.
- 4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
- 5. A pessoa deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

- 0. Dependente em todos os aspetos e necessita ser alimentado.
- 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
- 5. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
- 8. Independência para se alimentar com um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
- 10. A pessoa pode alimentar-se de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passa a manteiga, etc.

CATEGORIA 4: SANITÁRIO

- 0. Totalmente dependente no uso da sanita.
- 2. Necessita de assistência no uso da sanita.
- 5. Pode necessitar de ajuda para se despir ou vestir, para transferir-se para a sanita ou para lavar as mãos.
- 8. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso da sanita. Pode usar um penico durante a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
- 10. A pessoa é capaz de se dirigir e sair da sanita, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiénico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

- 0. A pessoa é incapaz de subir escadas.
- 2. Requer assistência em todos os aspetos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
- 5. A pessoa é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
- 8. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, re-

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

- 0. A pessoa é dependente em todos os aspetos do vestir e incapaz de participar das atividades.
- 2. A pessoa é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspetos relacionados ao vestuário
- 5. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
- 8. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
- 10. A pessoa é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLO ESFINCTERIANO (BEXIGA)

- 0. A pessoa apresenta incontinência urinária.
- 2. A pessoa necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
- 5. A pessoa pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com fraldas e outros cuidados.
- 8. A pessoa pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
- 10. A pessoa tem controlo urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLO ESFINCTERIANO (INTESTINO)

- 0. A pessoa não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
- 2. A pessoa tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
- 5. A pessoa fica geralmente seca ao dia, porém não à noite, e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
- 8. A pessoa geralmente fica seca durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
- 10. A pessoa tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULAÇÃO

- 0. Totalmente dependente para deambular.
- 3. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
- 8. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
- 12. A pessoa é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
- 6. A pessoa é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso a pessoa utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS (Não se aplica aos pacientes que deambulam)

- 0. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
- 1. A pessoa consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspetos.
- 3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
- 4. A pessoa consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
- 5. A pessoa é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

- 0. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para a pessoa com ou sem auxílio mecânico.
- 3. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspetos da transferência.
- 8. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
- 12. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
- 15. A pessoa pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, travar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para a cadeira com segurança. A pessoa deve ser independente em todas as fases da transferência.

Resultado:

- 25 e menos pontos: Dependência Total
- 26 a 50 pontos: Dependência Severa
- 51 a 75 pontos: Dependência
- 76 a 99 pontos: Dependência Leve
- 100 pontos: Totalmente Independente

ANEXO VI- ESCALA CATEGORIAS FUNCIONAIS DA MARCHA

Nível FAC	Marcha
0	Incapaz de deambular ou apenas o consegue fazer com ajuda de 2 pessoas
1	Deambula necessitando de grande ajuda de 1 pessoa
2	Deambula com ligeiro contacto físico de 1 pessoa
3	Deambula com supervisão
4	Deambula independente em superfícies planas, não sobe escadas
5	Deambula independente em superfícies planas e sobe escadas

ANEXO VII- ESCALA *TIMED UP AND GO*

Folha de registo do TUG

Identificação: _____

Sexo ☐ feminino ☐ masculino

Idade: _____ (anos)

Auxiliar de marcha: ☐ Não ☐ Sim _____

Avaliador: _____

Data: ____/____/____

____ s ____ ms

____ s ____ ms

____ s ____ ms

Data: ____/____/____

____ s ____ ms

____ s ____ ms

____ s ____ ms

Data: ____/____/____

____ s ____ ms

____ s ____ ms

____ s ____ ms

Observações: _____

ANEXO VIII- ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA DA DOR

Escala Numérica

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

ANEXO IX- ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-100

WHOQOL-100

100 PERGUNTAS COM ESCALA DE RESPOSTA
+
4 PERGUNTAS RELATIVAS À FACETA PORTUGUESA



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

Dados Pessoais

A1	Idade		anos	A2	Data de Nascimento	/ /
A3	Sexo		Masculino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever
			Feminino			Sabe ler e/ou escrever
A5	Profissão					
A6.1	Freguesia					
A6.2	Concelho					
A6.3	Distrito					
A7	Estado Civil	Solteiro(a)				
		Casado(a)				
		União de facto				
		Separado(a)				
		Divorciado(a)				
		Viúvo(a)				

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

WHOQOL-100 2

WHOQOL-100

Organização Mundial de Saúde

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

Até que ponto se preocupa com a sua saúde?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que expressa melhor a maneira como pensou na sua saúde nas duas últimas semanas. Assim, deve pôr um círculo à volta do número 4 se se preocupou "Muito" com a sua saúde, ou à volta do número 1 se não se preocupou "Nada" com a sua saúde.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

WHOQOL-100 3

As perguntas que se seguem querem determinar **até que ponto** experimentou certas coisas nas duas últimas semanas, tais como, por exemplo, sentimentos positivos de felicidade e contentamento. Se experimentou muitíssimo estas coisas, ponha um círculo à volta do número correspondente a "Muitíssimo". Se não experimentou essas coisas, ponha um círculo à volta do número correspondente a "Nada". Se a sua resposta está entre "Nada" e "Muitíssimo", ponha um círculo à volta do número correspondente à intensidade do que sentiu. As perguntas referem-se às duas últimas semanas.

F1.2 Preocupa-se com as suas dores ou desconforto (físicos)?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F1.3 Em que medida é difícil para si suportar alguma dor ou desconforto?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F2.2 Até que ponto se cansa com facilidade?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F2.4 Até que ponto a fadiga o(a) incomoda?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F3.2 Tem dificuldades em dormir?				
Nada	Poucas	Nem muitas nem poucas	Muitas	Muitíssimas
1	2	3	4	5

F3.4 Até que ponto se preocupa com dificuldades que tenha em dormir?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F4.1 Até que ponto gosta da vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F4.3 Até que ponto se sente optimista em relação ao futuro?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F4.4 Até que ponto tem na sua vida sentimentos positivos?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F5.3 Até que ponto se consegue concentrar?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F6.1 Até que ponto dá valor a si próprio(a)?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F6.2 Até que ponto tem confiança em si próprio(a)?				
Nada	Pouca	Nem muita nem pouca	Muita	Multíssima
1	2	3	4	5

F7.2 Sente-se inibido(a) pela sua aparência?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

WHOQOL-100 5

F7.3 Há alguma coisa na sua aparência que não lhe agrada?				
Nada	Pouca	Nem muita nem pouca	Muita	Multíssima
1	2	3	4	5

F8.2 Em que medida tem andado preocupado(a)?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F8.3 Até que ponto sentimentos de tristeza ou de depressão interferem com a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F8.4 Até que ponto os sentimentos de depressão o(a) incomodam?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida tem dificuldade em realizar as suas actividades de rotina?				
Nada	Pouca	Nem muita nem pouca	Muita	Multíssima
1	2	3	4	5

F10.4 Até que ponto se sente incomodado(a) com limitações que tenha em realizar as suas actividades diárias?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F11.2 Em que medida precisa de medicamentos para fazer a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F11.3 Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de assistência médica?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F13.1 Até que ponto se sente só na sua vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F15.2 Em que medida são satisfeitas as suas necessidades sexuais?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F15.4 Sente-se incomodado(a) por quaisquer dificuldades na sua vida sexual?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F16.1 Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F16.2 Sente que vive num ambiente seguro e protegido?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F16.3 Até que ponto se preocupa com a sua segurança e protecção?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

WHOQOL-100 7

F17.1 Até que ponto é confortável o lugar em que vive?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F17.4 Até que ponto gosta de viver onde vive?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F18.2 Tem dificuldades económicas?				
Nada	Poucas	Nem muitas nem poucas	Muitas	Multíssimas
1	2	3	4	5

F18.4 Em que medida se preocupa com dinheiro?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F19.1 Até que ponto tem facilidade em obter boa assistência médica?				
Nada	Pouca	Nem muita nem pouca	Muita	Multíssima
1	2	3	4	5

F21.3 Em que medida aprecia o seu tempo livre?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F22.1 Em que medida é saudável o seu ambiente físico?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

F22.2 Até que ponto se incomoda com o barulho da sua área de residência?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

WHOQOL-100 8

F23.2 Em que medida tem problemas com os transportes?				
Nada	Poucos	Nem muitos nem poucos	Muitos	Muitíssimos
1	2	3	4	5

F23.4 Até que ponto os problemas com os transportes dificultam a sua vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F25.1 Até que ponto confia nos políticos?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F25.2 Em que medida as decisões tomadas pelos políticos respondem às necessidades do seu dia-a-dia?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F25.3 Até que ponto considera que pode confiar nas decisões tomadas pelos políticos?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar **até que ponto** experimentou ou conseguiu fazer certas coisas nas duas últimas semanas; por exemplo, actividades da vida diária, como lavar-se, vestir-se ou comer. Se conseguiu fazer completamente estas coisas, ponha um círculo à volta do número que corresponde a "Completamente". Se não conseguiu fazer estas coisas, ponha um círculo à volta do número que corresponde a "Nada". Deve pôr um círculo à volta dos números intermédios se a sua resposta se situa entre "Nada" e "Completamente". As perguntas referem-se às duas últimas semanas.

F2.1 Tem energia suficiente para a sua vida diária?				
Nada	Pouca	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F7.1 É capaz de aceitar a sua aparência física?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida consegue fazer as suas actividades diárias?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Até que ponto está dependente de alguma medicação?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida pode contar com os seus amigos quando precisa deles?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as condições da sua casa satisfazem as suas necessidades?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida tem possibilidade de obter as informações de que precisa?				
Nada	Pouca	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?				
Nada	Pouca	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Até que ponto é capaz de se descontraír e de se divertir?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida dispõe de meios de transporte adequados?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **satisfeito(a), feliz ou bem** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas. Por exemplo, sobre a sua vida familiar ou sobre a energia que tem. Decida até que ponto se sente satisfeito(a) ou insatisfeito(a) a respeito de cada aspecto da sua vida, e ponha um círculo à volta do número que melhor traduz a maneira como se sente. As perguntas referem-se às duas últimas semanas.

G2 Até que ponto está satisfeito(a) com a qualidade da sua vida?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Até que ponto está satisfeito(a) com a energia (vigor) que tem?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para aprender coisas novas (exemplo: novas informações)?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de tomar decisões?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Até que ponto está satisfeito(a) com as suas capacidades?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Até que ponto está satisfeito(a) com a aparência do seu corpo?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de ajudar ou apoiar outras pessoas?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua protecção e segurança física (exemplo: agressões, assaltos, acidentes, etc.)?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua situação económica?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Até que ponto está satisfeito(a) com os serviços de assistência social?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para adquirir novas competências ou capacidades?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para aprender coisas novas (exemplo: novas informações)?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

WHOQOL-100 14

F21.4 Até que ponto está satisfeito(a) com a maneira como passa o seu tempo livre?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Até que ponto está satisfeito(a) com o seu ambiente físico (exemplo: poluição, clima, ruído, beleza)?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Até que ponto está satisfeito(a) com o clima do lugar em que vive?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

FP25.4 Até que ponto está satisfeito(a) com as decisões tomadas pelos políticos?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Sente-se feliz com as suas relações familiares?				
Muito Infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito Feliz
1	2	3	4	5

G1 Como avalia a sua qualidade de vida?				
Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como avalia a sua vida sexual?				
Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como avalia o seu sono?				
Muito Mau	Mau	Nem bom nem mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como avalia a sua memória?				
Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como avalia a qualidade dos serviços sociais a que tem acesso?				
Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas, como, por exemplo, o apoio da sua família ou amigos, ou experiências negativas tais como sentir-se inseguro. Se não experimentou estas coisas nas duas últimas semanas, ponha um círculo à volta do número correspondente à resposta "Nunca". Se experimentou estas coisas, decida com que frequência e ponha um círculo à volta do número respectivo. Assim, por exemplo, se sentiu sempre dores nas duas últimas semanas, ponha um círculo à volta do número correspondente a "Sempre". As perguntas referem-se às duas últimas semanas.

F1.1 Com que frequência sofre de dores (físicas)?				
Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, costuma sentir-se bem disposto(a)?				
Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?				
Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se a qualquer "**trabalho**" que faz. O trabalho, aqui, significa qualquer actividade principal que realiza. Inclui trabalho voluntário, estudo a tempo inteiro, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho remunerado ou não remunerado. Portanto, trabalho, no sentido em que é aqui usado, refere-se a actividades que sente que lhe ocupam a maior parte do seu tempo e energia. As perguntas referem-se às últimas duas semanas.

F12.1 É capaz de trabalhar?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Sente-se capaz de levar a cabo as suas obrigações até ao fim?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como avalia a sua capacidade de trabalho?				
Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à sua **capacidade de mobilidade** nas duas últimas semanas, ou seja, a sua capacidade física para se movimentar e deslocar por si próprio(a) e realizar as coisas que deseja e precisa de fazer.

F9.1 Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?				
Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

F9.3 Até que ponto o(a) incomodam quaisquer dificuldades de mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida algumas dificuldades de movimentação e deslocação afectam o seu modo de vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F9.2 Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se às suas **crenças religiosas, princípios e valores pessoais**, e a forma como eles afectam a sua qualidade de vida. Estas perguntas referem-se à religião, espiritualidade e quaisquer outras crenças que possa ter. Mais uma vez, estas perguntas referem-se às duas últimas semanas.

F24.1 As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida sente que a sua vida tem sentido?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão força para enfrentar as dificuldades?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais o(a) ajudam a compreender as dificuldades da vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5